

Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

Paracelsus-Klinik Bremen



Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software promato QBM 2.11 am 04.03.2024 um 09:26 Uhr erstellt.

netfutura GmbH: <https://www.netfutura.de>

promato QBM: <https://qbm.promato.de>

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Einleitung | 5 |
| Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses | 6 |
| A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses | 6 |
| A-2 Name und Art des Krankenhausträgers | 6 |
| A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus | 6 |
| A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses | 7 |
| A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses | 10 |
| A-7 Aspekte der Barrierefreiheit | 10 |
| A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung | 10 |
| A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit | 11 |
| A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses | 11 |
| A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus | 11 |
| A-10 Gesamtfallzahlen | 12 |
| A-11 Personal des Krankenhauses | 13 |
| A-11.1 Ärzte und Ärztinnen | 13 |
| A-11.2 Pflegepersonal | 13 |
| A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik | 16 |
| A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal | 18 |
| A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung | 21 |
| A-12.1 Qualitätsmanagement | 21 |
| A-12.2 Klinisches Risikomanagement | 21 |
| A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte | 23 |
| A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement | 25 |
| A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit | 26 |
| A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt | 27 |
| A-13 Besondere apparative Ausstattung | 28 |
| A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A gemäß §136C Absatz 4 SGB V | 28 |
| 14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung | 28 |
| 14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen) | 28 |
| Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen | 30 |
| B-[1].1 Neurochirurgie | 30 |
| B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten | 30 |
| B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 31 |
| B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung | 31 |
| B-[1].6 Diagnosen nach ICD | 31 |
| B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 31 |
| B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 32 |
| B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 33 |
| B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 33 |

| | |
|--|----|
| B-[1].11 Personelle Ausstattung | 34 |
| B-11.1 Ärztinnen und Ärzte | 34 |
| B-11.2 Pflegepersonal | 34 |
| B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik | 36 |
| B-[2].1 Orthopädie | 38 |
| B-[2].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten | 38 |
| B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 39 |
| B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung | 39 |
| B-[2].6 Diagnosen nach ICD | 40 |
| B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 40 |
| B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 40 |
| B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 42 |
| B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 42 |
| B-[2].11 Personelle Ausstattung | 43 |
| B-11.1 Ärztinnen und Ärzte | 43 |
| B-11.2 Pflegepersonal | 43 |
| B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik | 45 |
| B-[3].1 Neurologie | 48 |
| B-[3].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten | 48 |
| B-[3].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 49 |
| B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung | 49 |
| B-[3].6 Diagnosen nach ICD | 49 |
| B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 49 |
| B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 50 |
| B-[3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 52 |
| B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 52 |
| B-[3].11 Personelle Ausstattung | 53 |
| B-11.1 Ärztinnen und Ärzte | 53 |
| B-11.2 Pflegepersonal | 53 |
| B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik | 55 |
| B-[4].1 Anästhesie | 57 |
| B-[4].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten | 57 |
| B-[4].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 58 |
| B-[4].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung | 58 |
| B-[4].6 Diagnosen nach ICD | 58 |
| B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 58 |
| B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 58 |
| B-[4].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 58 |

| | |
|--|-----|
| B-[4].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 58 |
| B-[4].11 Personelle Ausstattung | 59 |
| B-11.1 Ärztinnen und Ärzte | 59 |
| B-11.2 Pflegepersonal | 59 |
| B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik | 61 |
| Teil C - Qualitätssicherung | 64 |
| C-1 Teilnahme an der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | 64 |
| C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate | 64 |
| C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung für: [Auswertungseinheit] | 67 |
| C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V | 105 |
| C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V | 105 |
| C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung | 106 |
| C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V | 106 |
| C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr | 106 |
| C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr | 106 |
| C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung") | 106 |
| C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V | 106 |
| C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr | 107 |
| C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL): | 107 |
| C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien | 107 |

Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2022:

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

Bild der Einrichtung / Organisationseinheit

Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

| | |
|----------|-----------------------|
| Name | Anne Wellbrock |
| Position | Qualitätsbeauftragte |
| Telefon | 0421 / 4683 - 403 |
| Fax | |
| E-Mail | anne.wellbrock@pkd.de |

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

| | |
|----------|---------------------|
| Name | Nadine Qela |
| Position | Pflegedienstleitung |
| Telefon. | 0421 / 4683 - 224 |
| Fax | 0421 / 4683 - 555 |
| E-Mail | nadine.qela@pkd.de |

Weiterführende Links

| | |
|-------------------------------|---|
| URL zur Homepage | https://www.paracelsus-kliniken.de/bremen.html |
| URL für weitere Informationen | https://www.paracelsus-kliniken.de/unternehmen.html |

Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

I. Angaben zum Krankenhaus

| | |
|--|---|
| Name | Paracelsus-Klinik Bremen |
| Institutionskennzeichen | 260400139 |
| Standortnummer aus dem Standortverzeichnis | 772070000 |
| alte Standortnummer | 00 |
| Hausanschrift | In der Vahr 65 28329 Bremen |
| Postanschrift | In der Vahr 65 28329 Bremen |
| Telefon | 0421 / 4683 - 0 |
| E-Mail | bremen@paracelsus-kliniken.de |
| Internet | https://www.paracelsus-kliniken.de/akut/bremen/ |

Ärztliche Leitung des Krankenhauses

| Name | Position | Telefon | Fax | E-Mail |
|-------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-----------------------|
| Dr. med. Detlef Frobese | Ärztlicher Leiter | 0421 / 4683 - 274 | 0421 / 4683 - 555 | detlef.frobese@pkd.de |

Pflegedienstleitung des Krankenhauses

| Name | Position | Telefon | Fax | E-Mail |
|------------------|---------------------|-------------------|-------------------|-------------------------|
| Brigitte Pisetta | Pflegedienstleitung | 0421 / 4683 - 224 | 0421 / 4683 - 555 | brigitte.pisetta@pkd.de |

Verwaltungsleitung des Krankenhauses

| Name | Position | Telefon | Fax | E-Mail |
|---------------|---------------|-------------------|-------------------|-----------------------|
| Josef Jürgens | Klinikmanager | 0421 / 4683 - 210 | 0421 / 4683 - 555 | josef.juergens@pkd.de |

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

| | |
|------|---|
| Name | Paracelsus-Kliniken Deutschland GmbH & Co. KGaA |
| Art | privat |

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

| | |
|---|-----------------|
| Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus? | trifft nicht zu |
|---|-----------------|

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|---|
| MP03 | Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare | Auf Wunsch werden persönliche Beratungsgespräche mit Patienten und Angehörigen geführt. |
| MP04 | Atemgymnastik/-therapie | |
| MP08 | Berufsberatung/Rehabilitationsberatung | Auch für Berufstätige stehen die KollegInnen beratend zur Seite für die Planung einer Anschlussheilbehandlung. |
| MP10 | Bewegungsbad/Wassergymnastik | In Kooperation |
| MP11 | Sporttherapie/Bewegungstherapie | Medizinische Trainingstherapie, Nordic Walking |
| MP12 | Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) | Das Bobath Konzept findet insbesondere bei neurologischen Patienten Anwendung. |
| MP14 | Diät- und Ernährungsberatung | Diätetisch geschultes Personal erstellt gemeinsam mit den Patienten einen individuellen Ernährungsplan. |
| MP15 | Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege | Für alle Fragen zur Entlassung oder Überleitung in eine nachsorgende Einrichtung oder der Bedarfsermittlung einer pfleg. Unterstützung zu Hause steht unser speziell geschultes Personal als Ansprechpartner zur Verfügung. |
| MP16 | Ergotherapie/Arbeitstherapie | Die Ergotherapie hilft Menschen dabei, eine durch Krankheit, Verletzung oder Behinderung verlorengegangene oder noch nicht vorhandene Handlungsfähigkeit im Alltagsleben (wieder) zu erreichen. |
| MP17 | Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege | Ziel unseres Case Managements ist es, alle Abläufe bei der Behandlung eines Patienten aus einer Hand zu koordinieren, um eine optimale und lückenlose Versorgung zu ermöglichen. |
| MP18 | Fußreflexzonenmassage | |
| MP21 | Kinästhetik | Die Lehre der physiologischen Bewegungsabläufe bildet die Grundlage bei der Mobilisation von bewegungseingeschränkten Patienten. |
| MP22 | Kontinenztraining/Inkontinenzberatung | In Kooperation |
| MP23 | Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie | Die Kunsttherapie findet insbesondere Anwendung in der Neurologie und Schmerztherapie. |
| MP24 | Manuelle Lymphdrainage | Ist eine Form der physikalischen Therapie, die der Ödem- und Entstauungstherapie nach Traumata oder Operationen dient. |
| MP25 | Massage | |
| MP26 | Medizinische Fußpflege | Bei Bedarf organisieren wir gerne eine medizinische Fußpflege. |
| MP27 | Musiktherapie | Die Musik- und Tanztherapie findet insbesondere Anwendung in der Neurologie. |

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|---|
| MP29 | Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie | Die manuelle Therapie dient der Behandlung von Funktionsstörungen des Bewegungssystems und wird von Physiotherapeuten mit einer speziellen Weiterbildung durchgeführt. |
| MP31 | Physikalische Therapie/Bädertherapie | |
| MP32 | Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie | Einen hohen Stellenwert in der Behandlung unserer Patienten haben die Leistungen der Physiotherapie. Frühmobilisation, Gangschule, Krankengymnastik sind nur ein Teil des stationären oder ambulanten Angebotes. |
| MP33 | Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse | Präventions- und Rehabilitationsprogramme bei Osteoporose. |
| MP34 | Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst | Die Psychotherapeutinnen des Hauses sind primär in die Behandlung von Schmerz- und Parkinsonpatienten eingebunden. |
| MP35 | Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik | |
| MP37 | Schmerztherapie/-management | Die Klinik hat ein Qualitätsmanagementsystem Akutschmerztherapie nach der Initiative Schmerzfreie Klinik, akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerz eingeführt. Die schmerztherapeutische Behandlung bei chronischen Schmerzen erfolgt durch eine interdisziplinäre, multimodale Schmerztherapie. |
| MP39 | Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen | Es werden Schulungen zur Vorbereitung auf eine Endoprothese, Sturzvermeidung, Schmerz und Sicherung der Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt angeboten. |
| MP40 | Spezielle Entspannungstherapie | Z.B. Entspannungstechniken nach Jacobsen |
| MP42 | Spezielles pflegerisches Leistungsangebot | Pflegevisiten, Parkinson Nurse, Demenzexperten, interdisziplinäre Fallbesprechungen, Pain Nurses (pflegerisches Schmerzmanagement) |
| MP44 | Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie | In Kooperation |
| MP45 | Stomatherapie/-beratung | In Kooperation mit einem externen Anbieter |
| MP47 | Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik | In Kooperation |
| MP48 | Wärme- und Kälteanwendungen | |
| MP51 | Wundmanagement | Die Behandlung komplizierter und großflächiger Wunden wird durch den behandelnden Arzt und eine speziell weitergebildete Wundexpertin festgelegt und überwacht. |
| MP52 | Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen | Im Bereich Demenz und Morbus Parkinson besteht enger Kontakt zu entsprechenden Selbsthilfegruppen. |
| MP56 | Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung | |

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|--|
| MP57 | Biofeedback-Therapie | Die Therapie findet Anwendung bei chronischen Schmerzen. Verfahren der Verhaltenstherapie, bei dem physiologische Prozesse sichtbar gemacht werden. Durch Feedback können die Vorgänge gezielt gesteuert werden. |
| MP59 | Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining | |
| MP60 | Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF) | PNF ist eine dreidimensionale physiotherapeutische/ergotherapeutische und logopädische Behandlungsmethode, die bei Patienten aller medizinischen Fachbereiche Anwendung findet, bei denen das Bewegungsverhalten durch eine Erkrankung, Verletzung, Operation oder Degeneration gestört ist. |
| MP63 | Sozialdienst | Ansprechpartner für Fragen zur Sozialgesetzgebung ist das Case Management. |
| MP64 | Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit | Die Klinik bietet mehrmals im Jahr Informationsveranstaltungen und Vorträge von Fachärzten an. |
| MP66 | Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen | Behandlung chronischer Schmerzsyndrome, entzündlicher Erkrankungen des Nervensystems und Patienten mit motorischen Parkinson-Symptomen. |
| MP68 | Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege | Ansprechpartner für Fragen zu ambulanten oder stationären Pflegeangeboten ist das Case Management. |

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Leistungsangebot | URL | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|-----|--|
| NM03 | Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | | Als Wahlleistung stehen Ein-Bett-Zimmer mit barrierefreien, großzügigen Sanitäreinrichtungen zur Verfügung. |
| NM09 | Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) | | Bei der stationären Aufnahme besteht die Möglichkeit, eine Begleitperson gemeinsam mit dem Patienten unterzubringen. |
| NM11 | Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | | Alle Patientenzimmer verfügen über eine eigene Sanitäreinrichtung mit Dusche und Toilette. |
| NM40 | Empfangs- und Begleitedienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besucher durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter | | |
| NM42 | Seelsorge/spirituelle Begleitung | | Auf Wunsch wird der Seelsorger des jeweiligen Bezirkes und der Glaubensrichtung informiert. |
| NM49 | Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten | | Die Klinik bietet regelmäßig Informationsveranstaltungen zu neurologischen Themen, Sturzprophylaxe, Schmerz und speziellen physiotherapeutischen Maßnahmen an. |
| NM60 | Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen | | |
| NM66 | Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen | | |
| NM69 | Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) | | kostenfreies WLAN, Bedside Terminal an jedem Bettplatz, Flachbild Fernseher, Telefon am Bett, Aufenthaltsraum auf der Etage |

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

| | |
|-------------------------------|--|
| Name | Petra Brausewetter |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Schwerbehindertenvertretung / Physiotherapie |
| Telefon | 0421 / 4683 - 330 |
| Fax | 0421 / 4683 - 332 |
| E-Mail | petra.brausewetter@pkd.de |

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

| Nr. | Aspekt der Barrierefreiheit | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|--|
| BF04 | Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung | |
| BF06 | Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen | |
| BF08 | Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen | |
| BF09 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen) | |
| BF10 | Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher | |
| BF16 | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung | Eine Demenzexpertin steht bei besonderen Problemen unterstützend zur Verfügung. |
| BF17 | Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | Alle Krankenbetten sind entsprechend belastbar und elektronisch verstellbar. Bei Bedarf werden auch extra breite Betten bereit gestellt. |
| BF18 | OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | Alle OP-Einrichtungen, insbesondere OP-Tische sind entsprechend belastbar. |
| BF19 | Röntgeneinrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |
| BF20 | Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |
| BF21 | Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | Neben Patientenlifter stehen Spezialrollstühle und WC-Stühle zur Verfügung. |
| BF22 | Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | Neben speziellen Antithrombosestrümpfen stehen Spezialmatratzen und spezielle Blutdruckmessgeräte zur Verfügung. |
| BF24 | Diätische Angebote | |
| BF25 | Dolmetscherdienste | Dolmetsch-Plattform XPLANDO |
| BF26 | Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal | Englisch, französisch, italienisch, arabisch, polnisch, portugiesisch, russisch, serbokroatisch, spanisch, türkisch. |
| BF29 | Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus | |
| BF33 | Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen | |

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

| Nr. | Ausbildung in anderen Heilberufen | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|---|
| HB03 | Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut | Kooperationspartner für Schulen, Praktika möglich |
| HB06 | Ergotherapeutin und Ergotherapeut | Kooperationspartner für Schulen, Praktika möglich |
| HB19 | Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner | Ausbildung seit 2020 |

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl der Betten 90

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

| | |
|---|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 2860 |
| Teilstationäre Fallzahl | 38 |
| Ambulante Fallzahl | 0 |
| Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB) | 0 |

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

| | |
|---|-------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 22,45 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 22,45 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 22,45 |

davon Fachärzte und Fachärztinnen

| | |
|--|-------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 19,65 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 19,65 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 19,65 |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 40,00 |

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

| | |
|-----------------|---|
| Anzahl Personen | 0 |
|-----------------|---|

Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

| | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |

davon Fachärzte und Fachärztinnen

| | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |

A-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

| | |
|---|-------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 38,67 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 38,67 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 38,67 |

davon ohne Fachabteilungszuordnung

| | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 2,11 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,11 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 2,11 |

davon ohne Fachabteilungszuordnung

| | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 5,51 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 5,51 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 5,51 |

davon ohne Fachabteilungszuordnung

| | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |

Pflegefachmänner B.Sc. und Pflegefachfrauen B.Sc.

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 1,10 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,10 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 1,10 |

davon ohne Fachabteilungszuordnung

| | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |

Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 0,00 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,00 |

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 2,98 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,98 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 2,98 |

davon ohne Fachabteilungszuordnung

| | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 0,73 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,73 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,73 |

davon ohne Fachabteilungszuordnung

| | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |

Entbindungspfleger und Hebammen

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 0,00 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,00 |

Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 3,00 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 3,00 |

davon ohne Fachabteilungszuordnung

| | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |

Medizinische Fachangestellte

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 0,62 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,62 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0,62 |

davon ohne Fachabteilungszuordnung

| | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |

| | |
|--|-------|
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 38,50 |
|--|-------|

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

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,00 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |

| | |
|-----------------------|------|
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,00 |

Klinische Neuropsychologen

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,00 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,00 |

Psychologische Psychotherapeuten

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,00 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,00 |

Kinder Jugendpsychotherapeuten

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,00 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,00 |

Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,00 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,00 |

Ergotherapeuten

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,00 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,00 |

Physiotherapeuten

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,00 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |

| | |
|-----------------------|------|
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,00 |

Sozialpädagogen

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,00 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,00 |

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

| Spezielles therapeutisches Personal | Ergotherapeutin und Ergotherapeut (SP05) |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 1,0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0,25 |
| Stationäre Versorgung | 0,75 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut (SP13) |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0,2 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,2 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0,2 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Logopädin und Logopäde/Klinische Linguistin und Klinischer Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker (SP14) |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0,2 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,2 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0,2 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister (SP15) |
|---|--|
| Anzahl Vollkräfte | 2,52 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,52 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0,52 |
| Stationäre Versorgung | 2,0 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Physiotherapeutin und Physiotherapeut (SP21) |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 6,3 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 6,3 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 1,75 |
| Stationäre Versorgung | 4,55 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe (SP23) |
|---|--|
| Anzahl Vollkräfte | 0,65 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,65 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0,65 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut (SP24) |
|---|--|
| Anzahl Vollkräfte | 1 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 1 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement (SP28) |
|---|--|
| Anzahl Vollkräfte | 2 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 2 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta (SP32) |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 1,0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 1,0 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie (SP42) |
|---|--|
| Anzahl Vollkräfte | 3,78 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3,78 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 3,78 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA) (SP56) |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 2,00 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 2,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,00 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

| | |
|-------------------------------|----------------------|
| Name | Nadine Qela |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Qualitätsbeauftragte |
| Telefon | 0421 4683 403 |
| Fax | 0421 4683 396 |
| E-Mail | nadine.qela@pkd.de |

A-12.1.2 Lenkungsremium

| | |
|--|--|
| Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche | Ärztliche Fachgebietsleitungen, Pflegedienstleitung, Qualitätsbeauftragte, Abteilungsleitungen |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | quartalsweise |

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

| | |
|-------------------------------|----------------------|
| Name | Nadine Qela |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Qualitätsbeauftragte |
| Telefon | 0421 4683 403 |
| Fax | 0421 4683 396 |
| E-Mail | nadine.qela@pkd.de |

A-12.2.2 Lenkungsremium

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

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

| Nr. | Instrument / Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|---|--|
| RM01 | Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor | Qualitätssicherungsstatut 2022-05-03 |
| RM02 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen | |
| RM03 | Mitarbeiterbefragungen | |
| RM04 | Klinisches Notfallmanagement | Notfallmanagement 2023-09-12 |
| RM05 | Schmerzmanagement | Konzept Schmerzmanagement 2023-09-12 |
| RM06 | Sturzprophylaxe | Expertenstandard Sturzprophylaxe 2023-09-12 |
| RM07 | Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) | Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege 2023-09-12 |

| Nr. | Instrument / Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|--|--|
| RM08 | Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen | Leitfaden Fixierung von Patienten 2022-08-22 |
| RM09 | Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten | Richtlinie zum Umgang mit Medizinprodukten 2023-09-13 |
| RM10 | Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen | <input checked="" type="checkbox"/> Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen <input checked="" type="checkbox"/> Qualitätszirkel <input checked="" type="checkbox"/> Andere Medical Board |
| RM12 | Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen | |
| RM13 | Anwendung von standardisierten OP-Checklisten | |
| RM14 | Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust | Qualitäts- und Risikomanagement "Checkliste OP Vorbereitung und Patientensicherheit OP" 2023-08-02 |
| RM15 | Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde | Checkliste vorstationärer Tag 2023-09-06 |
| RM16 | Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen | Anwendung der Sicherheitscheckliste OP in Anlehnung gemäß dem Aktionsbündnis Patientensicherheit 2023-08-02 |
| RM17 | Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung | Medikamentengabe und Überwachung im AWR 2023-09-13 |
| RM18 | Entlassungsmanagement | Prozess Entlassungsmanagement 2023-09-13 |

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

| | |
|--|--|
| Existiert ein einrichtungsinternes Fehlermeldesystem? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| Tagungsfrequenz | monatlich |
| Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit | Anpassung von Einarbeitungskatalogen für Ärzte und Pflege, OP-Checkliste, Team Time out, CIRS medical, Interne Schulungen zum Thema Patientensicherheit, Schulung der Mitarbeiter zu hauseigenen Fehlermeldesystemen |

Einrichtungsinterne Fehlermeldesysteme

| Nr. | Einrichtungsinternes Fehlermeldesystem | Zusatzangaben |
|------|--|---------------|
| IF01 | Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor | 2023-09-15 |
| IF02 | Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen | monatlich |
| IF03 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem | halbjährlich |

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

| | |
|---|--|
| Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| Tagungsfrequenz | monatlich |

Einrichtungübergreifende Fehlermeldesysteme

| Nummer | Einrichtungübergreifendes Fehlermeldesystem |
|--------|--|
| EF03 | KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer) |

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte
A-12.3.1 Hygienepersonal

| | | |
|---|-------------------------------------|--|
| Krankenhaustygieniker und Krankenhaushygienikerinnen | 1 | |
| Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen | 3 | In den Fachbereichen Neurologie, Orthopädie und Anästhesie |
| Hygienefachkräfte (HFK) | 1 | |
| Hygienebeauftragte in der Pflege | 6 | |
| Eine Hygienekommission wurde eingerichtet | <input checked="" type="checkbox"/> | Ja |
| Tagungsfrequenz der Hygienekommission | | halbjährlich |

Vorsitzender der Hygienekommission

| | |
|-------------------------------|-----------------------|
| Name | Detlef Frobese |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Ärztlicher Leiter |
| Telefon | 0421 4683 221 |
| Fax | 0421 4683 555 |
| E-Mail | detlef.frobese@pkd.de |

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene
A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

| | | |
|---|-------------------------------------|----|
| Werden am Standort zentrale Venenkatheter eingesetzt? | <input checked="" type="checkbox"/> | ja |
| Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor? | <input checked="" type="checkbox"/> | ja |

Der Standard thematisiert insbesondere

| | | |
|---|-------------------------------------|----|
| Hygienische Händedesinfektion | <input checked="" type="checkbox"/> | ja |
| Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum | <input checked="" type="checkbox"/> | ja |
| Beachtung der Einwirkzeit | <input checked="" type="checkbox"/> | ja |
| Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Sterile Handschuhe | <input checked="" type="checkbox"/> | ja |
| Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriler Kittel | <input checked="" type="checkbox"/> | ja |
| Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Kopfhaube | <input checked="" type="checkbox"/> | ja |
| Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Mund-Nasen-Schutz | <input checked="" type="checkbox"/> | ja |
| Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriles Abdecktuch | <input checked="" type="checkbox"/> | ja |
| Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert? | <input checked="" type="checkbox"/> | ja |

Standard Liegedauer ZVK

| | | |
|---|-------------------------------------|----|
| Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor? | <input checked="" type="checkbox"/> | ja |
| Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert? | <input checked="" type="checkbox"/> | ja |

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

| | |
|--|--|
| Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |

Der Standard thematisiert insbesondere

| | |
|---|--|
| Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaphylaxe? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Die standardisierte Antibiotikaphylaxe wird bei jedem operierten Patienten und jeder operierten Patientin mittels Checkliste (z.B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

| | |
|--|--|
| Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
|--|--|

Der interne Standard thematisiert insbesondere

| | |
|--|--|
| Hygienische Händedesinfektion (vor, gegebenenfalls während und nach dem Verbandwechsel) | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe)) | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

| | |
|---|--|
| Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Allgeminestationen wurde für das Berichtsjahr erhoben? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgeminestationen | 33 ml/Patiententag |
| Ist eine Intensivstation vorhanden? | <input checked="" type="checkbox"/> Nein |
| Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |

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

| | |
|--|--|
| Die standardisierte Information der Patientinnen und Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html) | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patientinnen und Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden). | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |

Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patientinnen und Patienten?

 ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

| Nr. | Hygienebezogene Maßnahme | Zusatzangaben | Kommentar/ Erläuterung |
|------|--|--|--|
| HM02 | Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen | <input checked="" type="checkbox"/> CDAD-KISS <input checked="" type="checkbox"/> HAND-KISS <input checked="" type="checkbox"/> MRSA-KISS <input checked="" type="checkbox"/> OP-KISS | |
| HM03 | Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen | MRE Netzwerk Bremen | |
| HM04 | Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH) | Zertifikat Bronze | Die Klinik erhebt u.a. den Händedesinfektionsmittelverbrauch, bietet mehrmals im Jahr Schulungen zur Händehygiene an und führt Beobachtungen am Patienten zur Händedesinfektion durch. Die Klinik hat keine Intensivstation, daher keine Erfassung des Verbrauchs auf der Intensivstation. Weiterhin werden Compliance-Beobachtungen zur Händedesinfektion durchgeführt. |
| HM05 | Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten | jährlich | |
| HM09 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen | halbjährlich | Regelmäßige Präsenz in den Abteilungen durch die Hygienefachkraft |

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

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

Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement Ja

(Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)

Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden Ja

Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden Ja

Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert Ja

Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt Ja

Ein Patientenführsprecher oder eine Patientenführsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt Nein

| | | |
|---|--|--|
| Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | Es besteht die Möglichkeit, über das Kontaktformular auf der klinikeigenen Webseite Anregungen oder Beschwerden einzugeben. https://www.paracelsus-kliniken.de/akut/bremen/ |
| Patientenbefragungen | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | https://www.paracelsus-kliniken.de/akut/bremen/ |
| Einweiserbefragungen | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | Die Klinik führt in regelmäßigen Intervallen Einweiserbefragungen durch. |

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

| Name | Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Telefon | Fax | E-Mail |
|-----------------------|-------------------------------|---------------|-----|-------------------------|
| Frau Margret Wiegmann | Qualitätsbeauftragte | 0421 7794 818 | | margret.wiegmann@pkd.de |

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit

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

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe oder ein zentrales Gremium, die oder das sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht?

ja – Arzneimittelkommission

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person für die Arzneimitteltherapiesicherheit

keine Person benannt

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

| | |
|---|--|
| Anzahl Apotheker | 1 |
| Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal | 0 |
| Kommentar/ Erläuterung | Kooperation mit einer externen 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.

Die folgenden Aspekte können, ggf. unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden:

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ursprünglichen Medikation der Patientin oder

des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.

- Medikationsprozess im Krankenhaus

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation

- Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.

Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z. B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u. Ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.

- Entlassung

Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte, sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.

| Nr. | Instrument / Maßnahme | Zusatzangaben | Erläuterung |
|------|--|---|-------------|
| AS01 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen | | |
| AS03 | Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese | Anamnesebogen 2023-10-06 | |
| AS05 | Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung) | Umgang mit Arzneimitteln 2023-10-06 | |
| AS12 | Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern | <input checked="" type="checkbox"/> Fallbesprechungen <input checked="" type="checkbox"/> Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung <input checked="" type="checkbox"/> Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) <input checked="" type="checkbox"/> Teilnahme an einem einrichtungsüber-greifenden Fehlermeldesystem (siehe Kap. 12.2.3.2) <input checked="" type="checkbox"/> andere Maßnahme Medikamente werden nach dem Vier-Augen-Prinzip gestellt | |

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß § 4 Absatz 2 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben Einrichtungen die Prävention von und Intervention bei Gewalt und Missbrauch als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorzusehen. Ziel ist es, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung

zu verhindern. Das jeweilige Vorgehen wird an Einrichtungsgröße, Leistungsspektrum und den Patientinnen und Patienten ausgerichtet, um so passgenaue Lösungen zur Sensibilisierung der Teams sowie weitere geeignete vorbeugende und intervenierende Maßnahmen festzulegen. Dies können u. a. Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.

Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen?

 Ja

Richtlinie Besondere Vorkommnisse - Stand: 2022-03-16

Werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt?

 Nein

A-13 Besondere apparative Ausstattung

| Nr. | Vorhandene Geräte | Umgangssprachliche Bezeichnung | 24h | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|--------------------------------|---------------------------|--|
| AA08 | Computertomograph (CT) (X) | | Ja | In Kooperation mit niedergelassenem Radiologen innerhalb der Klinik. |
| AA10 | Elektroenzephalographiegerät (EEG) (X) | | Ja | |
| AA18 | Hochfrequenztherapiegerät | | keine Angabe erforderlich | |
| AA22 | Magnetresonanztomograph (MRT) (X) | | Ja | |
| AA23 | Mammographiegerät | | Nein | In Kooperation mit niedergelassenem Radiologen innerhalb der Klinik. |
| AA26 | Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT | | Ja | In Kooperation mit niedergelassenem Radiologen innerhalb der Klinik. |
| AA43 | Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP | | Ja | |
| AA57 | Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren | | keine Angabe erforderlich | |

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

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

14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung.

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

Notfallstrukturen)

| | |
|---|------|
| Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde. | nein |
| Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden. | nein |

Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1].1 Neurochirurgie

| | |
|---|----------------|
| Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | Neurochirurgie |
| Fachabteilungsschlüssel | 1700 |
| Art der Abteilung | Hauptabteilung |

Chefärztinnen/-ärzte

| | |
|-------------------------------|---|
| Name | Dr. med. Christian Groß |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Leiter Klinik für Neurochirurgie |
| Telefon | 0421 / 4683 - 545 |
| Fax | 0421 / 4683 - 546 |
| E-Mail | christian.gross@pkd.de |
| Strasse / Hausnummer | In der Vahr 65 |
| PLZ / Ort | 28329 Bremen |
| URL | https://www.paracelsus-kliniken.de/bremen/neurochirurgie.html |

B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

Kommentar/Erläuterung

B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|---|
| VC45 | Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule | |
| VC48 | Chirurgie der intraspinalen Tumoren | |
| VC49 | Chirurgie der Bewegungsstörungen | |
| VC50 | Chirurgie der peripheren Nerven | |
| VC51 | Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen | |
| VC52 | Elektrische Stimulation von Kerngebieten bei Schmerzen und Bewegungsstörungen (sog. „Funktionelle Neurochirurgie“) | |
| VC65 | Wirbelsäulenchirurgie | |
| VO03 | Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens | |
| VO04 | Diagnostik und Therapie von Spondylopathien | |
| VO05 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens | |
| VO18 | Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie | |
| VR01 | Konventionelle Röntgenaufnahmen | In Kooperation mit einer niedergelassenen Praxis. |
| VR10 | Computertomographie (CT), nativ | In Kooperation mit einer niedergelassenen Praxis. |
| VR22 | Magnetresonanztomographie (MRT), nativ | |

B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

| | |
|-------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 520 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-[1].6 Diagnosen nach ICD

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung |
|------------------|----------|---|
| M51 | 199 | Sonstige Bandscheibenschäden |
| M48 | 187 | Sonstige Spondylopathien |
| M50 | 44 | Zervikale Bandscheibenschäden |
| M53 | 18 | Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert |
| G54 | 16 | Krankheiten von Nervenwurzeln und Nervenplexus |
| M42 | 7 | Osteochondrose der Wirbelsäule |
| M43 | 7 | Sonstige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens |
| M71 | 7 | Sonstige Bursopathien |
| M54 | 6 | Rückenschmerzen |
| T81 | < 4 | Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert |

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|----------------|--------|---|
| 5-032 | 563 | Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis |
| 5-984 | 468 | Mikrochirurgische Technik |
| 5-839 | 363 | Andere Operationen an der Wirbelsäule |
| 5-831 | 332 | Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe |
| 5-832 | 232 | Exzision von (erkranktem) Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule |
| 5-83b | 105 | Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule |
| 5-030 | 74 | Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule |
| 5-836 | 65 | Spondylodese |
| 5-83a | 56 | Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie) |

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|----------------|--------|---------------------------|
| 5-033 | 38 | Inzision des Spinalkanals |

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angebote Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|--------------------------|---|-------------------------|
| AM08 | Notfallambulanz (24h) | | <ul style="list-style-type: none"> ◦ Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule (VC45) ◦ Chirurgie der intraspinalen Tumoren (VC48) ◦ Chirurgie der Bewegungsstörungen (VC49) ◦ Chirurgie der peripheren Nerven (VC50) ◦ Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen (VC51) ◦ Wirbelsäulenchirurgie (VC65) ◦ Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens (VO03) ◦ Diagnostik und Therapie von Spondylopathien (VO04) ◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (VO05) ◦ Konventionelle Röntgenaufnahmen (VR01) ◦ Computertomographie (CT), nativ (VR10) ◦ Magnetresonanztomographie (MRT), nativ (VR22) | |
| AM10 | Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V | | <ul style="list-style-type: none"> ◦ Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule (VC45) ◦ Chirurgie der intraspinalen Tumoren (VC48) ◦ Chirurgie der Bewegungsstörungen (VC49) ◦ Chirurgie der peripheren Nerven (VC50) ◦ Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen (VC51) ◦ Elektrische Stimulation von Kerngebieten bei Schmerzen und Bewegungsstörungen (sog. „Funktionelle Neurochirurgie“) (VC52) | |

| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angebotene Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|-----|------------------|--------------------------|--|-------------------------|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> ◦ Wirbelsäulenchirurgie (VC65) ◦ Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens (VO03) ◦ Diagnostik und Therapie von Spondylopathien (VO04) ◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (VO05) ◦ Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie (VO18) ◦ Konventionelle Röntgenaufnahmen (VR01) ◦ Magnetresonanztomographie (MRT), nativ (VR22) | |

B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

keine Angaben

B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

| | |
|--|--|
| Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden | <input checked="" type="checkbox"/> Nein |
| stationäre BG-Zulassung | <input checked="" type="checkbox"/> Nein |

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

| | |
|---|-----------|
| Anzahl Vollkräfte | 1,53 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,53 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 1,53 |
| Fälle je VK/Person | 339,86928 |

davon Fachärztinnen und Fachärzte

| | |
|--|-----------|
| Anzahl Vollkräfte | 1,53 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,53 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 1,53 |
| Fälle je VK/Person | 339,86928 |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 40,00 |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| AQ41 | Neurochirurgie | |

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

| | |
|---|-----------|
| Anzahl Vollkräfte | 2,90 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,90 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 2,90 |
| Fälle je VK/Person | 179,31034 |

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

| | |
|---|---------|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | 0,00000 |

Pflegefachmann B.Sc. und Pflegefachfrau B.Sc.

| | |
|---|------------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,20 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,20 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,20 |
| Fälle je VK/Person | 2600,00000 |

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten

| | |
|---|---------|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | 0,00000 |

Hebammen und Entbindungspfleger

| | |
|---|---------|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | 0,00000 |

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten

| | |
|--|-----------|
| Anzahl Vollkräfte | 1,0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 1,0 |
| Fälle je VK/Person | 520,00000 |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 38,50 |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| PQ01 | Bachelor | |
| PQ04 | Intensiv- und Anästhesiepflege | |
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereichs | |
| PQ08 | Pflege im Operationsdienst | |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege | |
| PQ20 | Praxisanleitung | |
| PQ21 | Casemanagement | |
| Nr. | Zusatzqualifikation | Kommentar / Erläuterung |
| ZP05 | Entlassungsmanagement | |
| ZP08 | Kinästhetik | |
| ZP13 | Qualitätsmanagement | |
| ZP14 | Schmerzmanagement | |

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| ZP16 | Wundmanagement | |
| ZP18 | Dekubitusmanagement | |
| ZP19 | Sturzmanagement | |
| ZP27 | OP-Koordination/OP-Management | |

B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

| | |
|---|---------|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | 0,00000 |

Klinische Neuropsychologinnen und Klinische Neuropsychologen

| | |
|---|---------|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | 0,00000 |

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

| | |
|---|---------|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | 0,00000 |

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

| | |
|---|---------|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | 0,00000 |

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 PsychThG)

| | |
|-------------------|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
|-------------------|---|

| | |
|---|---------|
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | 0,00000 |

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

| | |
|---|---------|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | 0,00000 |

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

| | |
|---|---------|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | 0,00000 |

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

| | |
|---|---------|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | 0,00000 |

B-[2].1 Orthopädie

| | |
|---|----------------|
| Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | Orthopädie |
| Fachabteilungsschlüssel | 2300 |
| Art der Abteilung | Hauptabteilung |

Chefärztinnen/-ärzte

| | |
|-------------------------------|---|
| Name | Dr. Adrianus den Hertog |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt der Orthopädie |
| Telefon | 0421 / 4683 - 580 |
| Fax | 0421 / 4683 - 581 |
| E-Mail | adrianus.denhertog@pkd.de |
| Strasse / Hausnummer | In der Vahr 65 |
| PLZ / Ort | 28329 Bremen |
| URL | https://www.paracelsus-kliniken.de/bremen/orthopaedie.html |

| | |
|-------------------------------|---------------------------|
| Name | Eva-Maria Hoffmann |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefärztin Schmerzmedizin |
| Telefon | 0421 / 4683 - 0 |
| Fax | 0421 / 4683 - 555 |
| E-Mail | eva-maria.hoffmann@pkd.de |
| Strasse / Hausnummer | In der Vahr 65 |
| PLZ / Ort | 28329 Bremen |
| URL | |

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

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

Kommentar/Erläuterung

B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|---|
| VC26 | Metall-/Fremdkörperentfernungen | |
| VC27 | Bandrekonstruktionen/Plastiken | |
| VC28 | Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik | |
| VC36 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes | |
| VC37 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes | |
| VC38 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand | |
| VC39 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels | |
| VC40 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels | |
| VC41 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes | |
| VC42 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen | |
| VC56 | Minimalinvasive endoskopische Operationen | |
| VC65 | Wirbelsäulenchirurgie | |
| VC66 | Arthroskopische Operationen | |
| VO01 | Diagnostik und Therapie von Arthropathien | |
| VO03 | Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens | |
| VO04 | Diagnostik und Therapie von Spondylopathien | |
| VO05 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens | |
| VO07 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen | |
| VO09 | Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien | |
| VO10 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes | |
| VO14 | Endoprothetik | |
| VO15 | Fußchirurgie | |
| VO16 | Handchirurgie | |
| VO17 | Rheumachirurgie | |
| VO18 | Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie | |
| VO19 | Schulterchirurgie | |
| VO20 | Sportmedizin/Sporttraumatologie | |
| VR01 | Konventionelle Röntgenaufnahmen | In Kooperation mit einer niedergelassenen Praxis. |
| VR10 | Computertomographie (CT), nativ | In Kooperation mit einer niedergelassenen Praxis. |
| VR22 | Magnetresonanztomographie (MRT), nativ | In Kooperation mit einer niedergelassenen Praxis. |
| VR25 | Knochendichtemessung (alle Verfahren) | In Kooperation mit einer niedergelassenen Praxis. |
| VR39 | Radiojodtherapie | In Kooperation mit einer niedergelassenen Praxis. |

B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

| | |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 2067 |
| Teilstationäre Fallzahl | 38 |

B-[2].6 Diagnosen nach ICD

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung |
|------------------|----------|--|
| M17 | 611 | Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes] |
| M16 | 426 | Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes] |
| M75 | 240 | Schulterläsionen |
| F45 | 117 | Somatoforme Störungen |
| S83 | 102 | Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes |
| M19 | 85 | Sonstige Arthrose |
| T84 | 60 | Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate |
| M24 | 59 | Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen |
| M23 | 54 | Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement] |
| M20 | 46 | Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen |

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|----------------|--------|--|
| 8-561 | 652 | Funktionsorientierte physikalische Therapie |
| 5-822 | 620 | Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk |
| 5-814 | 468 | Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes |
| 5-820 | 437 | Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk |
| 5-811 | 414 | Arthroskopische Operation an der Synovialis |
| 5-812 | 281 | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken |
| 5-987 | 210 | Anwendung eines OP-Roboters |
| 9-984 | 179 | Pflegebedürftigkeit |
| 8-918 | 163 | Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie |
| 5-810 | 161 | Arthroskopische Gelenkoperation |

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angebotene Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|------|-----------------------|--------------------------|--|-------------------------|
| AM08 | Notfallambulanz (24h) | | <ul style="list-style-type: none"> ◦ Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26) ◦ Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik (VC28) ◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (VC36) ◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (VC37) ◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38) ◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (VC39) ◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40) ◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (VC41) ◦ Diagnostik und Therapie von | |

| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angebotene Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|--------------------------|--|-------------------------|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> Arthropathien (VO01) ◦ Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes (VO02) ◦ Diagnostik und Therapie von Spondylopathien (VO04) ◦ Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln (VO06) ◦ Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen (VO07) ◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes (VO08) ◦ Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien (VO09) ◦ Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane (VO11) ◦ Endoprothetik (VO14) ◦ Fußchirurgie (VO15) ◦ Handchirurgie (VO16) ◦ Rheumachirurgie (VO17) ◦ Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie (VO18) ◦ Schulterchirurgie (VO19) ◦ Sportmedizin/Sporttraumatologie (VO20) ◦ Traumatologie (VO21) ◦ Konventionelle Röntgenaufnahmen (VR01) ◦ Computertomographie (CT), nativ (VR10) ◦ Magnetresonanztomographie (MRT), nativ (VR22) ◦ Knochendichtemessung (alle Verfahren) (VR25) | |
| AM10 | Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V | | <ul style="list-style-type: none"> ◦ Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26) ◦ Bandrekonstruktionen/Plastiken (VC27) ◦ Arthroskopische Operationen (VC66) ◦ Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens (VO03) ◦ Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen (VO07) ◦ Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien (VO09) ◦ Diagnostik und Therapie von | |

| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angebotene Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|--|--|--------------------------|-----------------------|-------------------------|
| <div data-bbox="758 291 1173 907" style="margin-left: 40px;"> sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (VO10) <ul style="list-style-type: none"> ◦ Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane (VO11) ◦ Endoprothetik (VO14) ◦ Fußchirurgie (VO15) ◦ Handchirurgie (VO16) ◦ Rheumachirurgie (VO17) ◦ Schulterchirurgie (VO19) ◦ Sportmedizin/Sporttraumatologie (VO20) ◦ Konventionelle Röntgenaufnahmen (VR01) ◦ Computertomographie (CT), nativ (VR10) ◦ Knochendichtemessung (alle Verfahren) (VR25) ◦ Radiojodtherapie (VR39) </div> | | | | |
| AM16 | Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie) | | | |

B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

keine Angaben

B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Nein

stationäre BG-Zulassung

Nein

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

| | |
|---|-----------|
| Anzahl Vollkräfte | 13,10 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 13,10 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 13,10 |
| Fälle je VK/Person | 157,78625 |

davon Fachärztinnen und Fachärzte

| | |
|--|-----------|
| Anzahl Vollkräfte | 10,30 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 10,30 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 10,30 |
| Fälle je VK/Person | 200,67961 |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 40,00 |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| AQ10 | Orthopädie und Unfallchirurgie | |
| AQ49 | Physikalische und Rehabilitative Medizin | |
| Nr. | Zusatz-Weiterbildung | Kommentar / Erläuterung |
| ZF02 | Akupunktur | |
| ZF12 | Handchirurgie | |
| ZF24 | Manuelle Medizin/Chirotherapie | |
| ZF28 | Notfallmedizin | |
| ZF29 | Orthopädische Rheumatologie | |
| ZF37 | Rehabilitationswesen | |
| ZF41 | Spezielle Orthopädische Chirurgie | |
| ZF42 | Spezielle Schmerztherapie | |
| ZF44 | Sportmedizin | |

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

| | |
|---|----------|
| Anzahl Vollkräfte | 22,72 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 22,72 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 22,72 |
| Fälle je VK/Person | 90,97711 |

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

| | |
|---|------------|
| Anzahl Vollkräfte | 1,00 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 1,00 |
| Fälle je VK/Person | 2067,00000 |

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

| | |
|---|-----------|
| Anzahl Vollkräfte | 3,51 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3,51 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 3,51 |
| Fälle je VK/Person | 588,88888 |

Pflegefachmann B.Sc. und Pflegefachfrau B.Sc.

| | |
|---|------------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,70 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,70 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,70 |
| Fälle je VK/Person | 2952,85714 |

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten

| | |
|---|---------|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | 0,00000 |

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

| | |
|---|-----------|
| Anzahl Vollkräfte | 2,98 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,98 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 2,98 |
| Fälle je VK/Person | 693,62416 |

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,00 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |

| | |
|-----------------------|---------|
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,00 |
| Fälle je VK/Person | 0,00000 |

Hebammen und Entbindungspfleger

| | |
|---|---------|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | 0,00000 |

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten

| | | |
|--|------------|-------|
| Anzahl Vollkräfte | 2 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Ambulante Versorgung | 0 | |
| Stationäre Versorgung | 2 | |
| Fälle je VK/Person | 1033,50000 | |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | | 38,50 |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| PQ01 | Bachelor | |
| PQ04 | Intensiv- und Anästhesiepflege | |
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereichs | |
| PQ06 | Master | Physician Assistant |
| PQ08 | Pflege im Operationsdienst | |
| PQ13 | Hygienefachkraft | |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege | |
| PQ20 | Praxisanleitung | |
| PQ21 | Casemanagement | |
| Nr. | Zusatzqualifikation | Kommentar / Erläuterung |
| ZP05 | Entlassungsmanagement | |
| ZP07 | Geriatric | |
| ZP08 | Kinästhetik | |
| ZP13 | Qualitätsmanagement | |
| ZP14 | Schmerzmanagement | |
| ZP16 | Wundmanagement | |
| ZP18 | Dekubitusmanagement | |
| ZP27 | OP-Koordination/OP-Management | |

B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

| | |
|--|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |

| | |
|---|---------|
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | 0,00000 |

Klinische Neuropsychologinnen und Klinische Neuropsychologen

| | |
|---|---------|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | 0,00000 |

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

| | |
|---|---------|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | 0,00000 |

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

| | |
|---|---------|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | 0,00000 |

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 PsychThG)

| | |
|---|---------|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | 0,00000 |

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

| | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |

Fälle je VK/Person 0,00000

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

| | |
|---|---------|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | 0,00000 |

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

| | |
|---|---------|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | 0,00000 |

B-[3].1 Neurologie

| | |
|--|----------------|
| Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | Neurologie |
| Fachabteilungsschlüssel | 2800 |
| Art der Abteilung | Hauptabteilung |

Chefärztinnen/-ärzte

| | |
|-------------------------------|--|
| Name | Dr. med. Kouroush Dehghani |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt Neurologie |
| Telefon | 0421 / 4683 - 406 |
| Fax | 0421 / 4683 - 569 |
| E-Mail | kouroush.dehghani@pkd.de |
| Strasse / Hausnummer | In der Vahr 65 |
| PLZ / Ort | 28329 Bremen |
| URL | https://www.paracelsus- kliniken.de/bremen/neurologie.html |

B-[3].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

Kommentar/Erläuterung

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

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| VN01 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen | |
| VN02 | Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen | |
| VN03 | Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen | |
| VN04 | Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen | |
| VN05 | Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden | |
| VN09 | Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation | |
| VN11 | Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen | |
| VN12 | Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems | |
| VN13 | Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems | |
| VN14 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus | |
| VN15 | Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems | |
| VN16 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels | |
| VN17 | Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen | |
| VN19 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen | |
| VN23 | Schmerztherapie | |

B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

| | |
|-------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 273 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-[3].6 Diagnosen nach ICD

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung |
|------------------|----------|---|
| G20 | 177 | Primäres Parkinson-Syndrom |
| G23 | 16 | Sonstige degenerative Krankheiten der Basalganglien |
| G35 | 12 | Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata] |
| G91 | 11 | Hydrozephalus |
| G62 | 7 | Sonstige Polyneuropathien |
| G04 | 5 | Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis |
| R26 | 5 | Störungen des Ganges und der Mobilität |
| G21 | 4 | Sekundäres Parkinson-Syndrom |
| G30 | 4 | Alzheimer-Krankheit |
| I63 | 4 | Hirnfarkt |

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|----------------|--------|---|
| 9-984 | 152 | Pflegebedürftigkeit |
| 8-97d | 91 | Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom |
| 1-204 | 64 | Untersuchung des Liquorsystems |
| 1-207 | 27 | Elektroenzephalographie [EEG] |

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|----------------|--------|--|
| 1-206 | 20 | Neurographie |
| 8-561 | 20 | Funktionsorientierte physikalische Therapie |
| 9-320 | 11 | Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens |
| 1-205 | 9 | Elektromyographie [EMG] |
| 1-902 | 9 | Testpsychologische Diagnostik |
| 3-200 | 8 | Native Computertomographie des Schädels |

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angeborene Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|------|------------------|--------------------------|---|-------------------------|
| AM07 | Privatambulanz | | <ul style="list-style-type: none"> ◦ Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen (VN03) ◦ Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen (VN04) ◦ Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden (VN05) ◦ Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation (VN09) ◦ Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen (VN11) ◦ Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems (VN12) ◦ Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems (VN13) ◦ Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus (VN14) ◦ Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten | |

| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angebotene Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|--------------------------|---|-------------------------|
| | | | des peripheren Nervensystems (VN15) <ul style="list-style-type: none"> ◦ Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels (VN16) ◦ Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen (VN17) ◦ Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen (VN19) ◦ Schmerztherapie (VN23) | |
| AM11 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | | <ul style="list-style-type: none"> ◦ Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen (VN03) ◦ Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen (VN04) ◦ Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden (VN05) ◦ Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation (VN09) ◦ Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen (VN11) ◦ Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems (VN12) ◦ Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems (VN13) ◦ Diagnostik und Therapie von | |

| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angebotene Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|-----|------------------|--------------------------|---|-------------------------|
| | | | Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus (VN14) <ul style="list-style-type: none"> ◦ Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems (VN15) ◦ Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels (VN16) ◦ Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen (VN17) ◦ Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen (VN19) ◦ Schmerztherapie (VN23) | |

B-[3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

keine Angaben

B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Nein

stationäre BG-Zulassung

Nein

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

| | |
|---|-----------|
| Anzahl Vollkräfte | 2,32 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,32 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 2,32 |
| Fälle je VK/Person | 117,67241 |

davon Fachärztinnen und Fachärzte

| | |
|--|-----------|
| Anzahl Vollkräfte | 2,32 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,32 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 2,32 |
| Fälle je VK/Person | 117,67241 |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 40,00 |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| AQ42 | Neurologie | |

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

| | |
|---|----------|
| Anzahl Vollkräfte | 5,00 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 5,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 5,00 |
| Fälle je VK/Person | 54,60000 |

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

| | |
|---|-----------|
| Anzahl Vollkräfte | 1,11 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,11 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 1,11 |
| Fälle je VK/Person | 245,94594 |

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

| | |
|---|-----------|
| Anzahl Vollkräfte | 2,00 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 2,00 |
| Fälle je VK/Person | 136,50000 |

Pflegefachmann B.Sc. und Pflegefachfrau B.Sc.

| | |
|---|------------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,20 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,20 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,20 |
| Fälle je VK/Person | 1365,00000 |

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten

| | |
|---|---------|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | 0,00000 |

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

| | |
|---|-----------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,73 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,73 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,73 |
| Fälle je VK/Person | 373,97260 |

Hebammen und Entbindungspfleger

| | |
|---|---------|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | 0,00000 |

| | |
|--|-------|
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 38,50 |
|--|-------|

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereichs | |
| PQ13 | Hygienefachkraft | |

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege | |
| PQ20 | Praxisanleitung | |
| PQ21 | Casemanagement | |
| Nr. | Zusatzqualifikation | Kommentar / Erläuterung |
| ZP02 | Bobath | |
| ZP05 | Entlassungsmanagement | |
| ZP07 | Geriatric | |
| ZP08 | Kinästhetik | |
| ZP09 | Kontinenzmanagement | |
| ZP13 | Qualitätsmanagement | |
| ZP14 | Schmerzmanagement | |
| ZP16 | Wundmanagement | |
| ZP18 | Dekubitusmanagement | |
| ZP19 | Sturzmanagement | |
| ZP22 | Atmungstherapie | |
| ZP31 | Pflegeexpertin und Pflegeexperte Neurologie | |

B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

| | |
|---|---------|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | 0,00000 |

Klinische Neuropsychologinnen und Klinische Neuropsychologen

| | |
|---|---------|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | 0,00000 |

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

| | |
|---|---------|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | 0,00000 |

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

| | |
|-------------------|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
|-------------------|---|

| | |
|---|---------|
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | 0,00000 |

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 PsychThG)

| | |
|---|---------|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | 0,00000 |

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

| | |
|---|---------|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | 0,00000 |

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

| | |
|---|---------|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | 0,00000 |

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

| | |
|---|---------|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | 0,00000 |

B-[4].1 Anästhesie

| | |
|--|--------------------------------|
| Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | Anästhesie |
| Fachabteilungsschlüssel | 3700 |
| Art der Abteilung | Nicht bettenführende Abteilung |

Chefärztinnen/-ärzte

| | |
|-------------------------------|---|
| Name | Gabriele Gehrman |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefärztin Anästhesie |
| Telefon | 0421 / 4683 - 243 |
| Fax | 0421 / 4683 - 555 |
| E-Mail | gabriele.gehrman@pkd.de |
| Strasse / Hausnummer | In der Vahr 65 |
| PLZ / Ort | 28329 Bremen |
| URL | https://www.paracelsus-kliniken.de/bremen/anaesthesie.html |

B-[4].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

Kommentar/Erläuterung

B-[4].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar / Erläuterung |
|------|--------------------------------|-------------------------|
| VC71 | Notfallmedizin | |
| VH00 | Kindernarkosen | |
| VX00 | Rettungsmedizin | |
| VX00 | Spezielle Schmerztherapie | |

B-[4].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

| | |
|-------------------------|---|
| Vollstationäre Fallzahl | 0 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-[4].6 Diagnosen nach ICD

keine Angaben

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

keine Angaben

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

keine Angaben

B-[4].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

keine Angaben

B-[4].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

| | |
|--|--|
| Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden | <input checked="" type="checkbox"/> Nein |
| stationäre BG-Zulassung | <input checked="" type="checkbox"/> Nein |

B-[4].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte | 5,50 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 5,50 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 5,50 |
| Fälle je VK/Person | |

davon Fachärztinnen und Fachärzte

| | |
|--|-------|
| Anzahl Vollkräfte | 5,50 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 5,50 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 5,50 |
| Fälle je VK/Person | |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 40,00 |

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

| | |
|--------------------|---|
| Anzahl Personen | 0 |
| Fälle je VK/Person | |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen) | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| AQ01 | Anästhesiologie | |
| Nr. | Zusatz-Weiterbildung | Kommentar / Erläuterung |
| ZF15 | Intensivmedizin | |
| ZF27 | Naturheilverfahren | |
| ZF28 | Notfallmedizin | |
| ZF42 | Spezielle Schmerztherapie | |

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte | 8,05 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 8,05 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 8,05 |
| Fälle je VK/Person | |

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

| | |
|-------------------|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
|-------------------|---|

| | |
|---|---|
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | |

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

| | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | |

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten

| | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | |

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

| | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | |

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

| | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | |

Hebammen und Entbindungspfleger

| | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |

| | |
|-----------------------|---|
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | |

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten

| | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | |

Medizinische Fachangestellte

| | |
|--|-------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,62 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,62 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0,62 |
| Fälle je VK/Person | |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 38,50 |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| PQ04 | Intensiv- und Anästhesiepflege | |
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereichs | |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege | |
| Nr. | Zusatzqualifikation | Kommentar / Erläuterung |
| ZP14 | Schmerzmanagement | |
| ZP27 | OP-Koordination/OP-Management | |

B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

| | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | |

Klinische Neuropsychologinnen und Klinische Neuropsychologen

| | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |

| | |
|-----------------------|---|
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | |

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

| | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | |

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

| | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | |

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 PsychThG)

| | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | |

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

| | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | |

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

| | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | |

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

| | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | |

Teil C - Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate in % | Anzahl Datensätze Standort | Kommentar / Erläuterung |
|---|----------|----------------------------|----------------------------------|--|
| Herzschrittmacher-Implantation [09/1] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herzschrittmacher-Aggregatwechsel [09/2] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation [09/3] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Implantierbare Defibrillatoren - Implantation [09/4] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel [09/5] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation [09/6] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Karotis-Revaskularisation [10/2] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Gynäkologische Operationen [15/1] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Geburtshilfe [16/1] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate in % | Anzahl Datensätze Standort | Kommentar / Erläuterung |
|---|----------|----------------------------|----------------------------------|--|
| Hüftgelenknahe Femurfraktur [17/1] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Mammachirurgie [18/1] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Dekubitusprophylaxe [DEK] | 8 | 100 | 8 | |
| Herzchirurgie [HCH] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe [HCH_AK_CHIR] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe [HCH_AK_KATH] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen [HCH_KC] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe [HCH_MK_CHIR] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe [HCH_MK_KATH] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Hüftendoprothesenversorgung [HEP] | 443 | 100,23 | 444 | |
| Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation [HEP_IMP] | 432 | 100 | 432 | |
| Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel [HEP_WE] | 13 | 107,69 | 14 | |
| Herztransplantationen und Herzunterstützungssysteme [HTXM] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate in % | Anzahl Datensätze Standort | Kommentar / Erläuterung |
|---|----------|----------------------------|----------------------------------|--|
| Zählleistungsbereich Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen [HTXM_MKU] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Herztransplantation [HTXM_TX] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Knieendoprothesenversorgung [KEP] | 620 | 100 | 620 | |
| Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation [KEP_IMP] | 600 | 100 | 600 | |
| Zählleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel [KEP_WE] | 20 | 100 | 20 | |
| Leberlebendspende [LLS] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Lebertransplantation [LTX] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Lungen- und Herz- Lungentransplantation [LUTX] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Neonatalogie [NEO] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Nierenlebendspende [NLS] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) [PCI_LKG] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Ambulant erworbene Pneumonie [PNEU] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate in % | Anzahl Datensätze Standort | Kommentar / Erläuterung |
|--|----------|-------------------------|----------------------------|--|
| Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation [PNTX] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung für: [Auswertungseinheit]

| Qualitätsindikator | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
|--|--|
| Kennzahl-ID | 10271 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,83 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ⇐ 2,27 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,80 - 0,86 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 484 / 12 / 5,91 |
| Rechnerisches Ergebnis | 2,03 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 1,09 - 3,41 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

- [Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen](#)
- [Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses](#)
- [Risikoadjustierte Rate](#)
- [Bezug andere QS Ergebnisse](#)
- [Sortierung](#)

| | |
|---------------------------|--|
| Qualitätsindikator | 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) |
| Kennzahl-ID | 54015 |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,01 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ≤ 2,25 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,99 - 1,03 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | |
| Rechnerisches Ergebnis | |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N01 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| | |
|---------------------------|---|
| Qualitätsindikator | Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht |
|---------------------------|---|

| Kennzahl-ID | 54001 |
|---|--|
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 97,67 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 97,60 % - 97,74 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 433 / 419 |
| Rechnerisches Ergebnis | 96,77 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 94,65 % - 98,06 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |
| Sortierung | |

| | |
|---------------------------|---|
| Qualitätsindikator | Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht |
|---------------------------|---|

| | |
|---|--|
| Kennzahl-ID | 54002 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 91,85 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 86,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 91,46 % - 92,23 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 14 / 13 |
| Rechnerisches Ergebnis | 92,86 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 68,53 % - 98,73 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |
| Sortierung | |

| | |
|---------------------------|---|
| Qualitätsindikator | Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation |
| Kennzahl-ID | 54003 |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 9,27 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | ≤ 15,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 9,06 % - 9,49 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | |
| Rechnerisches Ergebnis | |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N01 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |
| Sortierung | |

| | |
|---------------------------|--|
| Qualitätsindikator | Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden |
| Kennzahl-ID | 54004 |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 96,97 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,89 % - 97,04 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 275 / 250 |
| Rechnerisches Ergebnis | 90,91 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 86,92 % - 93,77 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |
| Sortierung | |

| | |
|---|--|
| Qualitätsindikator | Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde) |
| Kennzahl-ID | 54016 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 1,36 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | ≤ 5,77 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,31 % - 1,41 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 432 / 15 |
| Rechnerisches Ergebnis | 3,47 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 2,12 % - 5,65 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |
| Sortierung | |

| | |
|---|--|
| Qualitätsindikator | Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) |
| Kennzahl-ID | 54017 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 7,84 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | ≤ 20,00 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 7,44 % - 8,26 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |

Bezug andere QS Ergebnisse
 Sortierung

| Qualitätsindikator | 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) |
|--|--|
| Kennzahl-ID | 54018 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 4,53 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | ⇐ 11,63 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 4,37 % - 4,69 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | |
| Rechnerisches Ergebnis | |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N01 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
 Risikoadjustierte Rate
 Bezug andere QS Ergebnisse
 Sortierung

| Qualitätsindikator | 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) |
|--|--|
| Kennzahl-ID | 54019 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 2,27 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | ⇐ 8,01 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 2,21 % - 2,34 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 433 / 14 |
| Rechnerisches Ergebnis | 3,23 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 1,94 % - 5,35 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
 Risikoadjustierte Rate
 Bezug andere QS Ergebnisse
 Sortierung

| | |
|--|---|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen), die direkt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) |
| Kennzahl-ID | 54120 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,02 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ← 2,02 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,98 - 1,06 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |

| | |
|---|--|
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |
| Sortierung | |

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten, die direkt mit der Operation zusammenhängen (z. B. eine Fehllage des Implantats, ein Bruch der Knochen rund um das eingesetzte Implantat oder eine Verrenkung/Auskugelung des künstlichen Hüftgelenks) (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Kennzahl-ID | 191800_54120 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Typ des Ergebnisses | KKez |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,05 |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,99 - 1,11 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 14 / 0 / 0,67 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 4,50 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

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

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse 54120

Sortierung 1

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID

191801_54120

Leistungsbereich

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

| | |
|---|---|
| Typ des Ergebnisses | KKez |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,95 - 1,05 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | 54120 |
| Sortierung | 2 |

| Qualitätsindikator | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
|--|--|
| Kennzahl-ID | 54012 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,02 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ≤ 2,42 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,00 - 1,04 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben) |
|---|--|
| Kennzahl-ID | 54013 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,05 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,04 % - 0,06 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 405 / 0 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 % - 0,94 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |
| Sortierung | |

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | 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) |
| Kennzahl-ID | 191914 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Typ des Ergebnisses | TKez |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,07 |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,04 - 1,10 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | |
| Rechnerisches Ergebnis | |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

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

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

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
 Risikoadjustierte Rate
 Bezug andere QS Ergebnisse
 Sortierung

| | |
|---------------------------|---|
| Qualitätsindikator | Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht |
| Kennzahl-ID | 54020 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |

| | |
|---|--|
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,12 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,05 % - 98,18 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 556 / 542 |
| Rechnerisches Ergebnis | 97,48 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 95,82 % - 98,49 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |
| Sortierung | |

| | |
|---------------------------|--|
| Qualitätsindikator | Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht |
| Kennzahl-ID | 54021 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |

| | |
|---|--|
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 97,42 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 97,22 % - 97,61 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 50 / 48 |
| Rechnerisches Ergebnis | 96 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 86,54 % - 98,90 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |
| Sortierung | |

| | |
|---------------------------|---|
| Qualitätsindikator | Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht |
| Kennzahl-ID | 54022 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |

| | |
|---|--|
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 92,44 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 86,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 91,95 % - 92,89 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 20 / 18 |
| Rechnerisches Ergebnis | 90 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 69,90 % - 97,21 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |
| Sortierung | |

| | |
|---------------------------|--|
| Qualitätsindikator | Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde) |
| Kennzahl-ID | 54123 |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 1,02 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | ⇐ 4,26 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,98 % - 1,07 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 600 / 21 |
| Rechnerisches Ergebnis | 3,50 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 2,30 % - 5,29 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |
| Sortierung | |

| Qualitätsindikator | Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden) |
|---|--|
| Kennzahl-ID | 50481 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 3,33 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | ≤ 11,32 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 3,02 % - 3,66 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | U62 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |
| Sortierung | |

| Qualitätsindikator | Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde) |
|---|--|
| Kennzahl-ID | 54124 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,88 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | ← 3,71 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,84 % - 0,93 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 606 / 9 |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,49 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,78 % - 2,80 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |

Sortierung

| Qualitätsindikator | Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden) |
|--|--|
| Kennzahl-ID | 54125 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 4,18 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | ≤ 14,11 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 3,84 % - 4,55 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 20 / 0 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 % - 16,11 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
 Risikoadjustierte Rate
 Bezug andere QS Ergebnisse
 Sortierung

| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
|--|--|
| Kennzahl-ID | 54028 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,13 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ≤ 5,19 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,06 - 1,21 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 613 / 4 / 2,01 |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,99 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,77 - 5,07 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben) |
|---|--|
| Kennzahl-ID | 54127 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,04 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,03 % - 0,05 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 583 / 0 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 % - 0,65 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |
| Sortierung | |

| | |
|---|---|
| Qualitätsindikator | Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig |
| Kennzahl-ID | 54128 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 99,80 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 98,81 % (5. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 99,78 % - 99,82 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 673 / 673 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 99,46 % - 100,00 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |
| Sortierung | |

| | |
|---|--|
| Qualitätsindikator | 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) |
| Kennzahl-ID | 52326 |
| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| Typ des Ergebnisses | TKez |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,36 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,36 % - 0,37 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |
| Sortierung | |

| | |
|---|--|
| Qualitätsindikator | 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) |
| Kennzahl-ID | 521801 |
| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| Typ des Ergebnisses | TKez |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,07 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,06 % - 0,07 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 2737 / 0 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 % - 0,14 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |

Sortierung

| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben |
|---|--|
| Kennzahl-ID | 521800 |
| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| Typ des Ergebnisses | TKez |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,01 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,01 % - 0,01 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 2737 / 0 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 % - 0,14 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |
| Sortierung | |

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) und einher mit einem Absterben von Muskeln, Knochen oder den stützenden Strukturen. (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4) |
| Kennzahl-ID | 52010 |
| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,01 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,01 % - 0,01 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 2737 / 0 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 % - 0,14 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
 Risikoadjustierte Rate
 Bezug andere QS Ergebnisse
 Sortierung

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | 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) |
| Kennzahl-ID | 52009 |
| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,18 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ≤ 2,68 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,17 - 1,19 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

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

Über § 136a und § 136b SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach §

137f SGB V

trifft nicht zu / entfällt

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

| Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung |
|---|
| Leistungsbereich: Teilnahme am Endoprothesenregister Deutschland |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators: Dokumentierte Eingriffe |
| Ergebnis: 100 % |
| Messzeitraum: 01.01.2022- 31.12.2022 |
| Datenerhebung: |
| Rechenregeln: |
| Referenzbereiche: |
| Vergleichswerte: |
| Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage: |

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

| Leistungsbereich | Mindestmenge | Erbrachte Menge | Ausnahmetatbestand | Kommentar/Erläuterung |
|-------------------------------|--------------|-----------------|--------------------|-----------------------|
| Kniegelenk-Totalendoprothesen | 50 | 610 | | |

C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

| | |
|---|-------------------------------|
| Leistungsbereich | Kniegelenk-Totalendoprothesen |
| Leistungsberechtigung für das Prognosejahr | ja |
| Im Berichtsjahr erbrachte Leistungsmenge | 610 |
| Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge | 664 |
| Die Prognose wurde von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt | ja |
| Erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung (§ 6 Mm-R) | |
| Sondergenehmigung der Landesbehörden zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erteilt | |

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")

trifft nicht zu / entfällt

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V

| | |
|--|----|
| Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen) | 55 |
| Anzahl derjenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt | 53 |
| Anzahl derjenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben | 53 |

(*) nach den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus“ (siehe www.g-ba.de)

C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr

8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

| Fachabteilung | Pflegesensitiver Bereich | Station | Schicht | Monatsbezogener Erfüllungsgrad | Ausnahmetatbestände | Kommentar |
|--|--------------------------|-----------|---------|--------------------------------|---------------------|-----------|
| Neurochirurgie, Neurologie, Orthopädie | Neurologie | Station 3 | Nacht | 100,00 | 0 | |
| Neurochirurgie, Neurologie, Orthopädie | Neurologie | Station 3 | Tag | 100,00 | 0 | |
| Neurochirurgie, Orthopädie | Orthopädie | Station 5 | Nacht | 100,00 | 0 | |
| Neurochirurgie, Orthopädie | Orthopädie | Station 5 | Tag | 100,00 | 0 | |
| Neurochirurgie, Orthopädie | Orthopädie | Station 4 | Nacht | 100,00 | 0 | |
| Neurochirurgie, Orthopädie | Orthopädie | Station 4 | Tag | 100,00 | 0 | |

8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

| Fachabteilung | Pflegesensitiver Bereich | Station | Schicht | Schichtbezogener Erfüllungsgrad | Kommentar |
|--|--------------------------|-----------|---------|---------------------------------|-----------|
| Neurochirurgie, Neurologie, Orthopädie | Neurologie | Station 3 | Tag | 82,86 | |
| Neurochirurgie, Neurologie, Orthopädie | Neurologie | Station 3 | Nacht | 85,67 | |
| Neurochirurgie, Orthopädie | Orthopädie | Station 5 | Tag | 91,56 | |
| Neurochirurgie, Orthopädie | Orthopädie | Station 4 | Tag | 91,18 | |
| Neurochirurgie, Orthopädie | Orthopädie | Station 5 | Nacht | 84,95 | |
| Neurochirurgie, Orthopädie | Orthopädie | Station 4 | Nacht | 82,54 | |

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt