

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

Paracelsus-Klinik Golzheim



Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software promato QBM 2.11 am 11.03.2024 um 12:26 Uhr erstellt.

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

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

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses	5
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	5
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	5
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	5
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	6
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	9
A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	9
A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit	10
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	10
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	11
A-10 Gesamtfallzahlen	11
A-11 Personal des Krankenhauses	12
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen	12
A-11.2 Pflegepersonal	12
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal	15
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	17
A-12.1 Qualitätsmanagement	17
A-12.2 Klinisches Risikomanagement	17
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	19
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	21
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit	22
A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	22
A-13 Besondere apparative Ausstattung	22
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A gemäß §136C Absatz 4 SGB V	23
14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	23
14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung	23
14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	23
Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	24
B-[1].1 Urologie	24
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	24
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	25
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	26
B-[1].6 Diagnosen nach ICD	26
B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	26
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	26
B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	28
B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	28
B-[1].11 Personelle Ausstattung	29

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte	29
B-11.2 Pflegepersonal	29
B-[2].1 Abteilung für Anästhesie, Intensiv- und Schmerzmedizin	32
B-[2].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	32
B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	33
B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	33
B-[2].6 Diagnosen nach ICD	33
B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	33
B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	33
B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	34
B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	34
B-[2].11 Personelle Ausstattung	35
B-11.1 Ärztinnen und Ärzte	35
B-11.2 Pflegepersonal	35
Teil C - Qualitätssicherung	38
C-1 Teilnahme an der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	38
C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	38
C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung für: [Auswertungseinheit]	41
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	47
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	47
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	47
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V	47
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")	47
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V	47
C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr	47
C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	47

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.

Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

Name	R. M. Puzik
Position	Qualitätsmanagement
Telefon	0211 / 4386 - 253
Fax	0211 / 4386 - 860
E-Mail	ruth.puzik@pkd.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

Name	Anne Schröer, MBA
Position	Klinikmanagerin
Telefon.	0211 / 4386 - 250
Fax	0211 / 4386 - 987
E-Mail	anne.schroeer@pkd.de

Weiterführende Links

URL zur Homepage	http://www.paracelsus-kliniken.de/duesseldorf
URL für weitere Informationen	https://www.paracelsus-kliniken.de/duesseldorf-golzheim/unser-krankenhaus.html

Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

I. Angaben zum Krankenhaus

Name	Paracelsus Klinik Düsseldorf Golzheim
Institutionskennzeichen	260510143
Standortnummer aus dem Standortverzeichnis	772595000
alte Standortnummer	00
Hausanschrift	Friedrich-Lau-Strasse 11 40474 Düsseldorf
Postanschrift	Friedrich-Lau-Strasse 11 40474 Düsseldorf
Telefon	0211 / 4386 - 0
E-Mail	info@golzheim.pkd.de
Internet	http://www.paracelsus-kliniken.de/duesseldorf

Ärztliche Leitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Prof. Dr. med. Johannes M. Wolff, M. Sc.	Ärztlicher Direktor und Chefarzt	0211 / 4386 - 101	0211 / 4386 - 600	johannes.wolff@pkd.de

Pflegedienstleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Anne Schröer, MBA	Pflegedienstleitung	0211 / 4386 - 255	0211 / 4386 - 987	anne.schroer@pkd.de

Verwaltungsleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Anne Schröer, MBA	Klinikgeschäftsführerin	0211 / 4386 - 255	0211 / 4386 - 987	anne.schroer@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
MP02	Akupunktur	im Deutschen Kompetenzzentrum für Schmerzmedizin in der Urologie
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	Eine Mitarbeiterin des Pflegedienstes bietet über das Konzept der "familialen Pflege" in Kooperation mit dem EVK Düsseldorf Angehörigenseminare und Beratung an.
MP04	Atemgymnastik/-therapie	
MP06	Basale Stimulation	
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	Eine Mitarbeiterin des Sozialdienstes berät während des stationären Aufenthaltes über Rehabilitationsmöglichkeiten und übernimmt die Administration.
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Auf ärztliche Anordnung oder auf individuellem Patientenwunsch erfolgt durch die Diätassistentin der Fa. Dorfner eine kostenlose Ernährungsberatung. Anhand von hausintern gestalteten Informationsflyern erhalten Patienten Informationen zu bestimmten Diäten oder Kostformen.
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	Die Sozialdienstmitarbeiterin der Klinik plant bei Bedarf die Entlassung d. Patienten aktiv mit. So wird z.B. gemeinsam mit den Angehörigen, dem behandelnden Urologen und dem häuslichen Krankenpflegedienst der Zeitpunkt der Entlassung besprochen. Notwendige Maßnahmen werden eingeleitet.
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP21	Kinästhetik	
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	Die Klinik verfügt über ein eigenes Kontinenzentrum in dem Fachärzte der Klinik und speziell ausgebildetes Pflegepersonal mit Zusatzweiterbildung zum Kontinenztherapeuten Patienten bei allen Fragen zur Kontinenz umfassend beraten und therapieren.
MP24	Manuelle Lymphdrainage	siehe MP 32 - externe Physiotherapie
MP25	Massage	
MP26	Medizinische Fußpflege	Eine medizinische Fußpflege wird auf Wunsch des Patienten von externem Fachpersonal durchgeführt.
MP28	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie	Im Deutschen Kompetenzzentrum für Schmerzmedizin in der Urologie (DKSU).

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	Ein externer Physiotherapeut kommt mehrmals pro Woche ins Haus und leitet auf ärztliche Anordnung Patienten z.B. zur Beckenbodengymnastik und Übungen zur Kontinenserhaltung an. Ebenso wird der Patient bei der Mobilisation und Funktionserhaltung unterstützt.
MP37	Schmerztherapie/-management	Das "Golzheimer Schmerzkonzept" ist seit 2012 durch die CERTKOM-Gesellschaft für qualifizierte Schmerztherapie e.V. zertifiziert. Dabei wurde unserem Konzept der beste Therapieeffekt bescheinigt, den bis dahin jemals eine zertifizierte Klinik erreicht hatte.
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	z.B. Familiäre Pflege; Anleitung für pflegende Angehörige; Pflegeüberleitung; Beratung zur Sturzprophylaxe; Vermittlung von Kontakten zu Selbsthilfegruppen
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Auf allen Stationen nehmen die Abteilungsleitungen mind. 2 x wöchentlich Pflegevisiten vor. Sie beurteilen damit die Pflegequalität und erhalten von den Patienten wichtige Rückmeldungen. Die Übergabe erfolgt am Krankenbett unter Einbeziehung des Patienten.
MP45	Stomatherapie/-beratung	Beratung und Anleitung findet durch gesondert qualifiziertes Personal statt. Patienten, die eine künstliche Harnableitung erhalten, werden noch vor der Operation durch die Stomatherapeutin und den Arzt über künftige Versorgungsmöglichkeiten aufgeklärt.
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	Unsere Mitarbeiterin des Sozialdienstes ist Ansprechpartnerin bezüglich der Hilfsmittelversorgung.
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	Physikalische Therapie
MP51	Wundmanagement	Die Patienten der Klinik werden in ein Wundmanagement eingebunden, das eine professionelle und optimale Versorgung der Wunden ermöglicht. Ausgebildete Wundexperten (ICW*) nehmen die Wundbeurteilung vor und steuern eine koordinierte, leitliniengestützte Zusammenarbeit aller Beteiligten.
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	In Begleitung durch Klinikärzte finden regelmäßig Treffen der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe e. V. Düsseldorf sowie der Blasenkrebs selbsthilfegruppe statt.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP53	Aromapflege/-therapie	Ergänzend zur med. Behandlung bieten die Stationen Aromaöle an, mit deren Hilfe bestimmte Beschwerden, wie z. B. Schlaflosigkeit, Unruhe, Krämpfe, etc., unterstützend behandelt werden.
MP63	Sozialdienst	Unsere Mitarbeiterin des Sozialdienstes bietet Informationsgespräche und Beratung zu familien- und sozialrechtlichen Fragen an.
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Abteilung Marketing und Öffentlichkeitsarbeit; öffentliche Veranstaltungen wie Vorträge, Informationsveranstaltungen.
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	Die Paracelsus-Kliniken Golzheim (Urologie) u. Bad Gandersheim (Rehabilitationseinrichtung f. onkologische Patienten) arbeiten eng zusammen u. bieten gemeinsam d. Patienten ein individuell zugeschnittenes Behandlungspaket an, v. d. Therapie i. d. Fachklinik weiter in die onkolog. Rehabilitation.
MP69	Eigenblutspende	In Kooperation mit dem DRK-Blutspendedienst West (Ratingen-Breitscheid)

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	URL	Kommentar / Erläuterung
NM02	Ein-Bett-Zimmer		Viele Zimmer verfügen über einen Balkon mit Blick in den klinikeigenen Park.
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM05	Mutter-Kind-Zimmer		Den kleinen Patienten steht ein speziell eingerichtetes Zimmer mit kindgerechten Bildern und Spielzeug zur Verfügung.
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		Es empfiehlt sich, die Aufnahme einer Begleitperson rechtzeitig anzumelden, um ein entsprechendes Zimmer zu reservieren. Die Preise können in der Aufnahmeabteilung erfragt werden.
NM10	Zwei-Bett-Zimmer		Viele Zimmer verfügen über einen Balkon mit Blick in den klinikeigenen Park.
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		Unter dem Titel „Urologie im Gespräch“ lädt die Klinik Patienten und Interessierte regelmäßig zu medizinischen Vorträgen ein. Fachlich fundiert und gut verständlich informieren die Ärzte zu verschiedenen Aspekten und Fragestellungen in der Urologie.
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		In der Klinik finden regelmäßig Treffen der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe e. V. Düsseldorf sowie der Blasenkrebsselfhilfegruppe statt. Begleitet werden die Treffen durch Klinikärzte.
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen		Ja! Bitte sprechen Sie uns gerne an!

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name	Corinna Romosan
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Sozialdienst
Telefon	0211 / 4386 - 226
Fax	
E-Mail	corinna.romosan@pkd.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	Eine rollstuhlgerechte Toilette für Besucherinnen und Besucher befindet sich im Eingangsbereich im Erdgeschoss.
BF11	Besondere personelle Unterstützung	
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Zur individuellen Ausstattung der Patientenbetten gehören z.B. eine Bettverlängerung.
BF21	Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Technisch ist z. B. eine Verlängerung des Bettes möglich.
BF22	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF24	Diätische Angebote	Der Catering-Service Fa. Dorfner bietet diätetische Speiseangebote an.
BF25	Dolmetscherdienste	In unserer Klinik werden gerne Mitarbeiter mit unterschiedlichen Muttersprachen eingestellt. Wir stellen somit einen hauseigenen Dolmetscherdienst zur Verfügung.

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar / Erläuterung
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	Wir bieten Ärzten in unserer Klinik eine strukturierte Weiterbildung zum Facharzt an. Herr Prof. Dr. med. Joh. M. Wolff M. Sc., Chefarzt der Urologie, ist durch seine Zusatzbezeichnungen f. Andrologie und Chemotherapie u.a. mit Befugnis zur Facharztweiterbildung Urologie, Ihr Ansprechpartner.
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	
FL09	Doktorandenbetreuung	Die Betreuung angehender Doktoranden erfolgt durch Prof. Dr. med. Johannes M. Wolff, M. Sc.

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar / Erläuterung
HB07	Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA)	
HB13	Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik (MTAF)	
HB15	Anästhesietechnische Assistentin und Anästhesietechnischer Assistent (ATA)	
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl der Betten 84

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

Vollstationäre Fallzahl	3996
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	5042
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)	19,13
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	19,13
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	2,00
Stationäre Versorgung	17,13

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	12,59
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,59
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	1,00
Stationäre Versorgung	11,59
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)	44,76
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	44,76
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	44,76

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)	0,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,00

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)	1,98
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,98
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,98

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)	6,67
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,67
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	6,67

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)	6,44
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,44
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	6,44

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
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	3,19
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,19
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	3,19

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)	6,19
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,19
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	3,41
Stationäre Versorgung	2,78

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-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Spezielles therapeutisches Personal	Diätassistentin und Diätassistent (SP04)
Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Physiotherapeutin und Physiotherapeut (SP21)
Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Podologin und Podologe (Fußpflegerin und Fußpfleger) (SP22)
Anzahl Vollkräfte	0,1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,1

Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,1
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe (SP23)
Anzahl Vollkräfte	0,1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,1
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,1
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter (SP25)
Anzahl Vollkräfte	0,28
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,28
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,28
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie (SP27)
Anzahl Vollkräfte	0,1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,1
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,1
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement (SP28)
Anzahl Vollkräfte	3,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	3,00
Kommentar/ Erläuterung	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name	R. M. Puzik
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagement
Telefon	0211 4386 253
Fax	0211 4386 860
E-Mail	ruth.puzik@pkd.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Pflegedienstleitung, Klinikmanager, Ärztlicher Direktor
Tagungsfrequenz des Gremiums	wöchentlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name	Susanne Blinn
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitung Geschäftsbereich Qualität
Telefon	0151 58704868
Fax	
E-Mail	susanne.blinn@pkd.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

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

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Klinikmanager und Geschäftsführung
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	fortlaufendes Qualitätsmanagement 2022-12-31
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Notfallmanagement 2022-01-18
RM05	Schmerzmanagement	Standard Schmerzmanagement 2022-01-05
RM06	Sturzprophylaxe	Sturz-Ereignisprotokoll 2022-07-12
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Dekubitus Erfassung 2023-03-22

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Leitfaden Fixierung von Patienten 2022-09-23
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Sperrung und Weiterleitung defekter Geräte 2022-06-06
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	<input checked="" type="checkbox"/> Tumorkonferenzen <input checked="" type="checkbox"/> Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen <input checked="" type="checkbox"/> Pathologiebesprechungen <input checked="" type="checkbox"/> Palliativbesprechungen <input checked="" type="checkbox"/> Qualitätszirkel
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust	OP-Checkliste Prämedikationsvisite 2021-12-01
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Prämedikationsvisite und OP-Checkliste 2021-12-01
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	OP-Checkliste 2021-12-01
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Postoperative Überwachung 2022-08-16
RM18	Entlassungsmanagement	Entlassungsmanagement 2021-05-03

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	Bewertung und Bearbeitungen der Meldungen

Einrichtungsinterne Fehlermeldesysteme

Nr.	Einrichtungsinternes Fehlermeldesystem	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	2019-06-05
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	bei Bedarf

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	bei Bedarf

Einrichtungübergreifende Fehlermeldesysteme

Nummer	Einrichtungübergreifendes Fehlermeldesystem
EF06	CIRS NRW (Ärzttekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Apothekerkammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer)

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte
A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaustygieniker und Krankenhaustygienikerinnen	1	Zentralinstitut für Krankenhaushygiene Übergeordnete Instanz, Koordination der Hygienemaßnahmen des Paracelsus Konzerns;
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	2	-
Hygienefachkräfte (HFK)	1	
Hygienebeauftragte in der Pflege	4	
Eine Hygienekommission wurde eingerichtet	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Tagungsfrequenz der Hygienekommission	halbjährlich	

Vorsitzender der Hygienekommission

Name	Prof. Dr. med. Johannes M. Wolff, M. Sc.
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor und Chefarzt
Telefon	0211 4386 101
Fax	0211 4386 600
E-Mail	johannes.wolff@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 Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen	35 ml/Patiententag
Ist eine Intensivstation vorhanden?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Intensivstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen	70 ml/Patiententag
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? 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 <input checked="" type="checkbox"/> STATIONS-KISS	
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	MRE Netzwerk Düsseldorf	
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	monatlich	
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	monatlich	

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 Margret Wiegmann

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

Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren ja Gedruckter anonymisierter Fragebogen

Patientenbefragungen ja Jeder Patient erhält bei Aufnahme ein Patientenfragebogen und hat die Möglichkeit, eine anonyme Rückmeldungen zu geben. Eine Auswertung erfolgt extern.

Einweiserbefragungen ja

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
R. M. Puzik	Qualitätsmanagement	0211 4386 253	0211 4386 860	ruth.puzik@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

Name	Prof. Dr. med. Johannes M. Wolff, M. Sc.
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor und Chefarzt
Telefon	0211 4386 101
Fax	0211 4386 600
E-Mail	johannes.wolff@pkd.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	0
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	0
Kommentar/ Erläuterung	

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

Werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt? Ja

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h	Kommentar / Erläuterung
AA08	Computertomograph (CT) (X)		Ja	In Kooperation mit dem Evangelischen Krankenhaus Düsseldorf

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h	Kommentar / Erläuterung
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren (X)		Ja	In Kooperation mit dem Evangelischen Krankenhaus Düsseldorf.
AA21	Lithotripter (ESWL)		Ja	
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT) (X)		Nein	In Kooperation mit dem Evangelischen Krankenhaus Düsseldorf und Dominikus Krankenhaus
AA26	Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT		keine Angabe erforderlich	In Kooperation mit der Röntgenpraxis Kaiserswerther Strasse
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz		Ja	Jede Station sowie der Untersuchungsraum der Kontinenz-Sprechstunde verfügt über ein Uroflowmetrie-Gerät.
AA71	Roboterassistiertes Chirurgie-System		Ja	

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 Abschläge vor.

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

Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung.

14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

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

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

Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1].1 Urologie

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Urologie
Fachabteilungsschlüssel	2200
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Prof. Dr. med. Johannes M. Wolff, M. Sc.
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor und Chefarzt
Telefon	0211 / 4386 - 101
Fax	0211 / 4386 - 600
E-Mail	Johannes.wolff@pkd.de
Strasse / Hausnummer	Friedrich-Lau-Strasse 11
PLZ / Ort	40474 Düsseldorf
URL	

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VG07	Inkontinenzchirurgie	Bandchirurgie (TOB, TVT), artifizielle Sphinkter, Faszienzügelplastik, Sacropexie, Pectopexie
VG16	Urogynäkologie	Als Ansprechpartner für die Inkontinenzdiagnostik, Inkontinenztherapie (konservativ, minimal invasiv und offen chirurgisch) steht OA Dr. med. Stephan Siepmann zur Verfügung.
VI37	Onkologische Tagesklinik	
VI42	Transfusionsmedizin	Die Transfusionsmedizin wird von Herrn Dr. med. Ulrich Ringeler, Chefarzt der Abteilung für Anästhesiologie, Palliativ-, Intensiv- und Schmerzmedizin gelenkt.
VR02	Native Sonographie	
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	
VR04	Duplexsonographie	
VR06	Endosonographie	
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis	Ultraschall, Ausscheidungsurogramm, CT, ESWL (Pankreas ESWL in Kooperation mit dem EVK Düsseldorf), Ureterorenoskopie (URS), Laser, offene und endoskopische Nephrolitholapaxie, offene und laparoskopische Ureterolithotomie
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters	
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems	Narrow band Imaging (NBI), Photodynamische Diagnostik (PDD)
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane	MRT-Fusions-Biopsie der Prostata
VU07	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems	
VU08	Kinderurologie	
VU10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase	Laparoskopische und offene Nierenbeckenplastik, Ileumneoblase, Ileumconduit
VU11	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	Laparoskopische Nephrektomie, Laparoskopische Nierenbeckenplastik
VU12	Minimalinvasive endoskopische Operationen	Transurethrale Resektion der Prostata, transurethrale Resektion der Blase, Ureterorenoskopie mit Steinlaserung/Lithotrypsie
VU13	Tumorchirurgie	Nervenschonende radikale Prostatektomie, laparoskopische radikale Prostatektomie, Zystoprotektomie, Nierenteilresektion, Orchidektomie, Penektomie, Exenteration

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VU14	Spezialsprechstunde	Prostata-sprechstunde, Inkontinenz-sprechstunde, Steinsprechstunde, Andrologie-sprechstunde, Uro-Onkologie, Kinderurologie, Zweitmeinung
VU17	Prostatazentrum	
VU18	Schmerztherapie	Zertifiziertes Schmerzkonzept durch CERTKOM- Gesellschaft für qualifizierte Schmerztherapie e. V.
VU19	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik	

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

Vollstationäre Fallzahl	3996
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
N13	760	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie
N20	674	Nieren- und Ureterstein
C67	615	Bösartige Neubildung der Harnblase
C61	408	Bösartige Neubildung der Prostata
N40	267	Prostatahyperplasie
N39	168	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
N43	87	Hydrozele und Spermatozele
N30	85	Zystitis
N35	78	Harnröhrenstriktur
N32	73	Sonstige Krankheiten der Harnblase

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-137	2087	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]
1-661	2041	Diagnostische Urethrozystoskopie
3-13d	1948	Urographie
8-132	1489	Manipulationen an der Harnblase
5-98k	1407	Art des Zystoskops
5-573	704	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase
9-984	580	Pflegebedürftigkeit
5-562	545	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung
5-550	331	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung
1-465	311	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Genitalorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM07	Privatambulanz		<ul style="list-style-type: none"> Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten 	Spezialsprechstunden mit Terminvergabe Kinderurologie, Uro-

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
			(VU01) <ul style="list-style-type: none"> ◦ Diagnostik und Therapie von Urolithiasis (VU03) ◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters (VU04) ◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems (VU05) ◦ Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane (VU06) ◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems (VU07) ◦ Minimalinvasive laparoskopische Operationen (VU11) ◦ Minimalinvasive endoskopische Operationen (VU12) ◦ Spezialsprechstunde (VU14) ◦ Prostatazentrum (VU17) ◦ Schmerztherapie (VU18) ◦ Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik (VU19) 	Onkologie, Inkontinenz, Andrologie, Zweitmeinung
AM08	Notfallambulanz (24h)		<ul style="list-style-type: none"> ◦ Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten (VU01) ◦ Diagnostik und Therapie von Urolithiasis (VU03) ◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters (VU04) ◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems (VU05) ◦ Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane (VU06) ◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des 	Spezialsprechstunden mit Terminvergabe Kinderurologie, Uro-Onkologie, Inkontinenz, Andrologie, Zweitmeinung

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebote ne Leistungen	Kommentar / Erläuterung
			Urogenitalsystems (VU07) <ul style="list-style-type: none"> ◦ Kinderurologie (VU08) ◦ Minimalinvasive laparoskopische Operationen (VU11) ◦ Minimalinvasive endoskopische Operationen (VU12) ◦ Spezialsprechstunde (VU14) ◦ Prostatazentrum (VU17) ◦ Schmerztherapie (VU18) ◦ Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik (VU19) 	

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

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-137	537	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]
5-640	166	Operationen am Präputium
1-661	137	Diagnostische Urethrozystoskopie
1-460	89	Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata
5-572	8	Zystostomie
5-562	5	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung
5-582	5	Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Urethra
5-624	5	Orchidopexie
5-570	< 4	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase
5-621	< 4	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Hodens

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

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

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	13,56	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,56	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	2,00	Ein Assistenzarzt sowie ein Oberarzt stehen 24 Stunden für die Notfallambulanz bzw. ambulante Versorgung zur Verfügung.
Stationäre Versorgung	11,56	
Fälle je VK/Person	345,67474	

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	7,02	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,02	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	1,00	Ein Assistenzarzt sowie ein Oberarzt (= mindestens 1 Facharzt) stehen 24 Stunden für die Notfallambulanz bzw. ambulante Versorgung zur Verfügung
Stationäre Versorgung	6,02	
Fälle je VK/Person	663,78737	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ60	Urologie	
AQ68	Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	Rekonstruktive Urologie
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF02	Akupunktur	
ZF04	Andrologie	
ZF15	Intensivmedizin	
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie	
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –	
ZF42	Spezielle Schmerztherapie	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	33,88
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	33,88
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	33,88
Fälle je VK/Person	117,94569

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

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

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

Anzahl Vollkräfte	1,98
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,98
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,98
Fälle je VK/Person	2018,18181

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	6,29
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,29
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	6,29
Fälle je VK/Person	635,29411

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	6,44
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,44
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	6,44
Fälle je VK/Person	620,49689

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten

Anzahl Vollkräfte	3,19
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,19

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	3,19
Fälle je VK/Person	1252,66457

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	6,19
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,19
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	3,41
Stationäre Versorgung	2,78
Fälle je VK/Person	1437,41007
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	
PQ08	Pflege im Operationsdienst	
PQ12	Notfallpflege	
PQ13	Hygienefachkraft	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
PQ18	Pflege in der Endoskopie	
PQ20	Praxisanleitung	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP15	Stomamanagement	
ZP16	Wundmanagement	
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP19	Sturzmanagement	

B-[2].1 Abteilung für Anästhesie, Intensiv- und Schmerzmedizin

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Abteilung für Anästhesie, Intensiv- und Schmerzmedizin
Fachabteilungsschlüssel	3622
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Dr. Ulrich Ringeler
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt der Abteilung Anästhesie, Intensiv- &Schmerzmedizin
Telefon	0211 / 4386 - 110
Fax	0211 / 4386 - 228
E-Mail	ulrich.ringeler@pkd.de
Strasse / Hausnummer	Friedrich-Lau-Straße 11
PLZ / Ort	40474 Düsseldorf
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
VI20	Intensivmedizin	Ein erfahrenes Ärzte- und Pflorgeteam steht rund um die Uhr zur Betreuung bereit. Apparativ stehen modernste Beatmungsgeräte sowie diagnostische und therapeutische Verfahren zur Verfügung, um auch lebensbedrohliche Gesundheitszustände fachgerecht beherrschen zu können.
VI38	Palliativmedizin	Auch palliativmedizinisch sorgt ein erfahrenes Ärzte- und Pflorgeteam für eine bestmögliche Behandlung.
VI40	Schmerztherapie	Eine leitliniengerechte und evidenzbasierte Schmerzmedizin, koordiniert vom "Qualitätszirkel Schmerzmanagement", stellt höchste Qualitätsstandards sicher. Zertifizierung des Akutschmerzmanagement, Rezertifizierung "Certkom - Qualifizierte Schmerztherapie" am 31.03.2015 erfolgreich abgeschlossen.
VI42	Transfusionsmedizin	In Kooperation Medizinische Laboratorien Düsseldorf (MLD)
VX00	Deutsches Kompetenzzentrum für Schmerzmedizin in der Urologie (DKSU)	Behandlungsschwerpunkte: Akute und chronische Erkrankungen der Urogenitalorgane, Schmerzen, die durch Tumore und deren Metastasen hervorgerufen werden, Schmerzen, die als Nebenwirkung einer Tumorbehandlung auftreten können, Nervenschmerzen als Folge einer Nierenschädigung.

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2].6 Diagnosen nach ICD

keine Angaben

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

keine Angaben

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM07	Privatambulanz	Schmerzambulanz		Im Rahmen des Deutschen Kompetenzzentrums für Schmerzmedizin in der

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebote Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Anästhesie-Ambulanz		Urologie Durchführung präoperativer Diagnostik, Patientenuntersuchung und -aufklärung

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	5,57
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,57
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	5,57
Fälle je VK/Person	

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	5,57
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,57
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	5,57
Fälle je VK/Person	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ01	Anästhesiologie	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF02	Akupunktur	
ZF15	Intensivmedizin	
ZF28	Notfallmedizin	
ZF42	Spezielle Schmerztherapie	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	10,88
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,88
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	10,88
Fälle je VK/Person	

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

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	

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	0,38
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,38
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,38
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
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	

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

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP01	Basale Stimulation	
ZP14	Schmerzmanagement	

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 mit osteosynthetischer Versorgung [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]	36	100,00	36	
Herzchirurgie [HCH]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe [HCH_AK_CHIR]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe [HCH_AK_KATH]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Koronarchirurgische Operation [HCH_KC]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Offen chirurgische Mitralklappeneingriffe [HCH_MK_CHIR]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe [HCH_MK_KATH]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung [HEP]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation [HEP_IMP]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar / Erläuterung
Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel [HEP_WE]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen [HTXM]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen [HTXM_MKU]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantation [HTXM_TX]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung [KEP]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation [KEP_IMP]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel [KEP_WE]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
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.
Neonatologie [NEO]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar / Erläuterung
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.
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	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)	3920 / 5
Rechnerisches Ergebnis	0,13 %
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,05 % - 0,30 %
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/>. 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 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)	3920 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0,00 %
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 % - 0,10 %

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/>. 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 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)	3920 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0,00 %
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 % - 0,10 %
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/>.
 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 während des Krankenhaus-aufenthalts 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)	3920 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0,00 %

Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 % - 0,10 %
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 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)	3920 / 5 / 8,99
Rechnerisches Ergebnis	0,56
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,24 - 1,30
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/ 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/.</p>
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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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)	12
Anzahl derjenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	10
Anzahl derjenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	7

(*): 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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt