Gesetzlicher Qualitätsbericht gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V

Klinik Dr. Becker GmbH

2024

Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	6
	Einleitung	7
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	10
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	10
A-1.2	Leitung des Krankenhauses/Standorts	10
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	11
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	11
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	11
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	11
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	11
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	11
A-7.2	Aspekte der Barrierefreiheit	12
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	12
A-8.1	Forschung und akademische Lehre	12
A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen	12
A-9	Anzahl der Betten	12
A-10	Gesamtfallzahlen	12
A-11	Personal des Krankenhauses	12
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen	12
A-11.2	Pflegepersonal	13
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	13
A-12.1	Qualitätsmanagement	13
A-12.1.1	Verantwortliche Person	13
A-12.1.2	Lenkungsgremium	13
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	14
A-12.2.1	Verantwortliche Person	14
A-12.2.2	Lenkungsgremium	14

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen 14
A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems 15
A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen 16
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte 16
A-12.3.1 Hygienepersonal 16
A-12.3.1.1 Hygienekommission 16
A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene 16
A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen 17
A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie 17
A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden 18
A-12.3.2.4 Händedesinfektion 18
A-12.3.2.5 Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE) 18
A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement 19
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement 19
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) 20
A-12.5.1 Verantwortliches Gremium 20
A-12.5.2 Verantwortliche Person 20
A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal 20
A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen 20
A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt 21
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V 22
A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe 22
A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung 22
A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen) 22
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen 24
B-[1] Allgemeine Chirurgie 24
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 24
B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel 24

B-[1].1.2 Ärztliche Leitung 24

B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 25

B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 25

B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 25

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD 26

B-[1].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 26

B-[1].6.2 Kompetenzdiagnosen 26

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 26

B-[1].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 27

B-[1].7.2 Kompetenzprozeduren 27

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 27

B-[1].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 28

B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 29

B-[1].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe 30

B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 30

B-[1].11 Personelle Ausstattung 30

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen 30

B-[1].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 30

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung 31

B-[1].11.2 Pflegepersonal 31

B-[1].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse 31

C Qualitätssicherung 34

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V 35

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate 35

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung 35

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 35

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V 42

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen 42

der Mindestmenge

C-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind 42

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr 42

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V 43

C-6.1 Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) 43

C-6.2 Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL) 43

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 43

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr 44

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG 44

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG 44

C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL) 44

C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien 44

Vorwort

Klinik Dr. Becker gGmbH

Zertifiziertes Endoprothetikzentrum
Orthopädische Chirurgie - Unfallchirurgie - Ambulantes Operieren
Staufener Straße 18
79189 Bad Krozingen
Telefon: 49 (0) 7633- 4002- 0
Telefax: 49 (0) 7633- 4002- 499
Email: info@beckerklinik.de
www.beckerklinik.de

Einleitung

Die Klinik Dr. Becker GmbH ist ein nach § 108 SGB V anerkanntes **Plankrankenhaus**. Integriert ist eine Institutsambulanz sowie ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ Dr. Becker GmbH) mit den Fachrichtungen Chirurgie, Unfallchirurgie und Anästhesie, sowie eine Privatpraxis einschließlich Durchgangsarztverfahren. Die Klinik betreibt ein zertifiziertes Endoprothesenzentrum.
Durch diese Konstellation ist Diagnostik und Therapie rund um die Uhr und an jedem Tag des Jahres verfügbar. Die Klinik Dr. Becker ist die Hauptanlaufstelle für chirurgische Notfälle in einem Einzugsgebiet von 15 km sowie für den gesamten Autobahnabschnitt zwischen Müllheim und Freiburg.
Aufgrund der modernen OP- Technik, sowie der vorhandenen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten ist die Nachfrage nach Kooperationen von niedergelassenen Fachärzten bis an die Grenze zur Schweiz hoch. Dabei arbeitet die Klinik ausschließlich mit ausgewiesen Spezialisten eng und regelmäßig zusammen.
Neben der hohen medizinischen Qualität legen alle MitarbeiterInnen einen hohen Wert den Aufenthalt für PatientInnen so angenehm wie möglich zu gestalten. Dazu trägt ein angenehmes Ambiente bei z.B. ausschließlich 1-, 2- oder 3- Bett-Zimmern. Alle Zimmer sind mit Nasszelle, Telefon, Fernsehgerät und WLAN ausgestattet. Die meisten Zimmer verfügen über einen Balkon bzw. eine Terrasse mit Aussicht auf ein großzügiges und ruhiges Parkgelände.
Die Krankenhausleitung, vertreten durch Herrn Jörg Becker und Herrn Frank Becker, ist für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortlich.

Verantwortliche
Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Dr. Peter Mein
Telefon	07633 40020
Fax	07633 4002499
E-Mail	verwaltung@beckerklinik.de

Für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Verwaltungsleiter
Titel, Vorname, Name	Willi Schnitter
Telefon	07633 40020 410
Fax	07633 4002499
E-Mail	willi.schnitter@beckerklinik.de

Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses	http://www.beckerklinik.de

Weiterführende Links

#	URL	Beschreibung
1	https://www.beckerklinik.de/downloads/	Einsicht in Vorjahresberichte.

Teil A

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	Klinik Dr. Becker gGmbH
PLZ	79189
Ort	Bad Krozingen
Straße	Staufener Straße
Hausnummer	18
IK-Nummer	260830300
Standort-Nummer	772910000
Telefon-Vorwahl	07633
Telefon	40020
E-Mail	verwaltung@beckerklinik.de
Krankenhaus-URL	http://www.beckerklinik.de

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses	
Ärztliche Leitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Chirurgie und ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Jörg Becker
Telefon	07633 40020 810
Fax	07633 4002499
E-Mail	joerg.becker@beckerklinik.de
Ärztliche Leitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Unfallchirurgie
Titel, Vorname, Name	Frank Becker
Telefon	07633 40020 811
Fax	07633 4002499
E-Mail	frank.becker@beckerklinik.de
Verwaltungsleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Verwaltungsleiter
Titel, Vorname, Name	Willi Schnitter
Telefon	07633 40020 410
Fax	07633 4002499
E-Mail	will.schnitter@beckerklinik.de
Pflegedienstleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name	Manuela Krahn
Telefon	07633 40020 220
Fax	07633 4002499
E-Mail	manuela.krahn@beckerklinik.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers	DRK Blutspendedienst Baden-Würrtemberg/ Hessen
Träger-Art	privat

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhaus-Art	Trifft nicht zu

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
1	MP24 - Manuelle Lymphdrainage
2	MP25 - Massage
3	MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
4	MP35 - Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
5	MP37 - Schmerztherapie/-management
6	MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen
7	MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege
8	MP63 - Sozialdienst
9	MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
10	MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
11	MP51 - Wundmanagement

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Leistungsangebot
1	NM02: Ein-Bett-Zimmer
2	NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
3	NM10: Zwei-Bett-Zimmer
4	NM69: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) Jedes Zimmer ist mit ein bis zwei Fernsehern ausgestattet. Ein jeder Patient hat die Möglichkeit ein Tresor für persönliche Wertgegenstände in Anspruch zu nehmen. Des Weiteren können das hausinterne WLAN sowie ein persönliches Telefon genutzt werden.

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Patientenanmeldung
Titel, Vorname, Name	Sarah Grethler
Telefon	07633 40020
Fax	07633 4002 888
E-Mail	zentrale@beckerklinik.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

#	Aspekte der Barrierefreiheit
1	BF24 - Diätetische Angebote
2	BF25 - Dolmetscherdienst
3	BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
4	BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
5	BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
6	BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
7	BF04 - Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
8	BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
9	BF13 - Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache
10	BF14 - Arbeit mit Piktogrammen
11	BF23 - Allergenarme Zimmer
12	BF35 - Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Die Klinik Dr. Becker gGmbH besitzt keine Auftrag zur Forschung und Lehre.

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Die Klinik Dr. Becker gGmbH bietet keine Ausbildungen an.

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten	30

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	453
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	1911
StäB. Fallzahl	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				42
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte				
Gesamt				12,18
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	12,18	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	3,69	**Stationär**	8,49

– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt				7,57
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	7,57	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	1,65	**Stationär**	5,92

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				42
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				10,39
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	10,39	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	10,39
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				0,9
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0,9	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	0,9
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				1,85
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	1,85	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	1,85
Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				1,88
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	1,88	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	1,88
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				1,58
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	1,58	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	1,58

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Oberarzt
Titel, Vorname, Name	Ralph Nitsche
Telefon	4907633 40020 504
Fax	4907633 4002 499
E-Mail	ralph.nitsche@beckerklinik.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

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

Wenn ja

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche	Geschäftsführung, Pflegedienstleitung, Verwaltung, ärztlicher Dienst, Funktionsdienst
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person	entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

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

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
2	RM03: Mitarbeiterbefragungen
3	RM04: Klinisches Notfallmanagement **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VB_übergreifendes QM/RM_12/2023 **Letzte Aktualisierung:** 31.12.2023
4	RM05: Schmerzmanagement **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VB_übergreifendes QM/RM_12/2023 **Letzte Aktualisierung:** 31.12.2023
5	RM06: Sturzprophylaxe **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VB_übergreifendes QM/RM_12/2023 **Letzte Aktualisierung:** 31.12.2023
6	RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VB_übergreifendes QM/RM_12/2023 **Letzte Aktualisierung:** 31.12.2023
7	RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VB_übergreifendes QM/RM_12/2023 **Letzte Aktualisierung:** 31.12.2023
8	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
9	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
10	RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
	RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust
11	**Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VB_übergreifendes QM/RM_12/2023 **Letzte Aktualisierung:** 31.12.2023
	RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde
12	**Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VB_übergreifendes QM/RM_12/2023 **Letzte Aktualisierung:** 31.12.2023
	RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechselungen
13	**Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VB_übergreifendes QM/RM_12/2023 **Letzte Aktualisierung:** 31.12.2023
	RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung
14	**Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VB_übergreifendes QM/RM_12/2023 **Letzte Aktualisierung:** 31.12.2023
	RM18: Entlassungsmanagement
15	**Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VB_übergreifendes QM/RM_12/2023 **Letzte Aktualisierung:** 31.12.2023
	RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor
16	**Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VB_übergreifendes QM/RM_12/2023 **Letzte Aktualisierung:** 31.12.2023

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

☑ Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen

☑ Qualitätszirkel

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt?	Ja

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor **Letzte Aktualisierung:** 31.12.2024
2	IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen **Frequenz:** monatlich
3	IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem **Frequenz:** monatlich

Details

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	Einführung von Checklisten, Teilnahme an KISS und externe Dokumentationssysteme mit Reportingfunktion

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS)

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem	Nein

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker

Anzahl (in Personen)	1
Erläuterungen	extern

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

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

Hygienefachkräfte (HFK)

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

Hygienebeauftragte in der Pflege

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

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Hygienekommission

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Chirurgie und ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Jörg Becker
Telefon	07633 40020 810
Fax	4907633 4002 499
E-Mail	joerg.becker@beckerklinik.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor

Auswahl	Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

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

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

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

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl	Ja

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

Auswahl	Ja

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

Auswahl	Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Leitlinie zur Antibiotikatherapie

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor

Auswahl	Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

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

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

Auswahl	Ja

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

Auswahl	Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor

Auswahl	Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

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

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

Auswahl	Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Allgemeinstationen

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben	Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag)	21

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen	Keine Intensivstation vorhanden

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

Auswahl	Ja

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

Umgang mit Patienten mit MRE (1)

#	Option	Auswahl
1	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html).	Ja

Umgang mit Patienten mit MRE (1)

#	Option	Auswahl
2	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja

Umgang mit Patienten mit MRE (2)

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Hygienebezogenes Risikomanagement

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen
2	HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen **Frequenz:** quartalsweise

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

☑ HAND-KISS
☑ OP-KISS

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
2	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
3	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
5	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Nein
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Verwaltungsleiter

Titel, Vorname, Name	Willi Schnitter
Telefon	4907633 40020 410
Fax	4907633 4002 499
E-Mail	verwaltung@beckerklinik.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums	Arzneimittelkommission

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt?	ja – eigenständige Position AMTS

Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegeleitung
Titel, Vorname, Name	Manuela Krahn
Telefon	07633 4002 220
Fax	07633 4002 499
E-Mail	maunuela.krahn@beckerklinik.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	0
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	0
Erläuterungen	Externer Apotheker der Lieferapotheke der Uniklinik Freiburg

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	AS01: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
2	AS02: Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder

Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
3	AS03: Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VB_übergreifendes QM/RM_12/2023 **Letzte Aktualisierung:** 31.12.2023
4	AS05: Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe –Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung) **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VB_übergreifendes QM/RM_12/2023 **Letzte Aktualisierung:** 31.12.2023
5	AS06: SOP zur guten Verordnungspraxis **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VB_übergreifendes QM/RM_12/2023 **Letzte Aktualisierung:** 31.12.2023
6	AS07: Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)
7	AS08: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
8	AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
9	AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
10	AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung
11	AS04: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
12	AS11: Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln

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

☑ Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

☑ Fallbesprechungen

☑ Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung

☑ andere Maßnahme: Internes Fehlermeldesystem, Komplikationsbesprechungen, AMTS-Tool

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

☑ Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs

☑ Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen

☑ Aushändigung des Medikationsplans

☑ bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß Teil A § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben sich Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt

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

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	
Präventions- und Interventionsmaßnahmen vorgesehen?	Nein
Erläuterungen	Das Patientenklientel bedarf keiner Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt.

Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor	
Auswahl	Keine Versorgung von Kindern und Jugendlichen

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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an einer Notfallstufe	
Notfallstufe bereits vereinbart?	Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung
Erläuterungen	Die strukturellen Anforderungen zur Notfallversorgung sind nicht vorhanden.

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung	
Erfüllt	Nein

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

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

Teil B

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Allgemeine Chirurgie

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

1500 Allgemeine Chirurgie
Orthopädische Chirurgie
Unfallchirurgie

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Allgemeine Chirurgie

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1500 - Allgemeine Chirurgie

B-[1].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Jörg Becker
Telefon	4907633 4002 810
Fax	4907633 4002 499
E-Mail	joerg.becker@beckerklinik.de
Strasse	Staufener Straße
Hausnummer	18
PLZ	79189
Ort	Bad Krozingen
URL	http://www.beckerklinik.de
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Frank Becker
Telefon	4907633 4002 811
Fax	4907633 4002 499
E-Mail	frank.becker@beckerklinik.de
Strasse	Staufener Straße
Hausnummer	18
PLZ	79189
Ort	Bad Krozingen
URL	http://www.beckerklinik.de

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
2	VO15 - Fußchirurgie
3	VC66 - Arthroskopische Operationen
4	VO21 - Traumatologie
5	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
6	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
7	VC71 - Notfallmedizin
8	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
9	VC63 - Amputationschirurgie
10	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
11	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
12	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
13	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
14	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
15	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
16	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
17	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
18	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
19	VC30 - Septische Knochenchirurgie
20	VC49 - Chirurgie der Bewegungsstörungen
21	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
22	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
23	VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
24	VD20 - Wundheilungsstörungen
25	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
26	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
27	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
28	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
29	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
30	VO14 - Endoprothetik
31	VO16 - Handchirurgie
32	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
33	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen

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

Vollstationäre Fallzahl	453

Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	215
2	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	142
3	M17.9	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet	18
4	E65	Lokalisierte Adipositas	9
5	M17.5	Sonstige sekundäre Gonarthrose	8
6	T84.05	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Kniegelenk	7
7	M17.0	Primäre Gonarthrose, beidseitig	7
8	N62	Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse]	6
9	M16.0	Primäre Koxarthrose, beidseitig	4
10	M17.3	Sonstige posttraumatische Gonarthrose	4

B-[1].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	254
2	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	151
3	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	12
4	E65	Lokalisierte Adipositas	9
5	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	7
6	N62	Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse]	6

B-[1].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
1	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	254
2	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	151

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-822.g1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert	176
2	5-829.e	Andere gelenkplastische Eingriffe: Verwendung von hypoallergenem Knochenersatz- und/oder Osteosynthesematerial	175
3	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	120
4	5-822.01	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Zementiert	67
5	5-820.02	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)	23
6	5-822.h1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Femoral und tibial schaftverankerte Prothese: Zementiert	9
7	5-884.2	Mammareduktionsplastik: Mit gestieltem Brustwarzentransplantat	6

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
8	5-820.22	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Hybrid (teilzementiert)	6
9	5-822.81	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Patellaersatz: Patellarückfläche, zementiert	5
10	5-911.0e	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut: Gewebsreduktionsplastik (Straffungsoperation): Oberschenkel und Knie	5
11	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	4
12	5-821.2b	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: Isolierter Wechsel eines Inlays ohne Pfannenwechsel, mit Wechsel des Aufsteckkopfes	4
13	5-823.1b	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In bikondyläre Oberflächenprothese, zementiert	4

B-[1].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	257
2	5-829	Andere gelenkplastische Eingriffe	175
3	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	150
4	5-823	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk	15
5	5-911	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut	13
6	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	11
7	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	9
8	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	8
9	5-821	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk	8
10	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	7
11	5-884	Mammareduktionsplastik	6
12	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	5

B-[1].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-Code	Bezeichnung	Anzahl
1	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	257
2	5-829	Andere gelenkplastische Eingriffe	175
3	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	150

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	MVZ Dr. Becker GmbH Unfallchirurgie und Anästhesie
2	AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	MVZ Dr. Becker GmbH Unfallchirurgie

B-[1].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	MVZ Dr. Becker GmbH	VC63 - Amputationschirurgie
2	MVZ Dr. Becker GmbH	VC66 - Arthroskopische Operationen
3	MVZ Dr. Becker GmbH	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
4	MVZ Dr. Becker GmbH	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
5	MVZ Dr. Becker GmbH	VC49 - Chirurgie der Bewegungsstörungen
6	MVZ Dr. Becker GmbH	VC45 - Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
7	MVZ Dr. Becker GmbH	VC50 - Chirurgie der peripheren Nerven
8	MVZ Dr. Becker GmbH	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
9	MVZ Dr. Becker GmbH	VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
10	MVZ Dr. Becker GmbH	VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
11	MVZ Dr. Becker GmbH	VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
12	MVZ Dr. Becker GmbH	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
13	MVZ Dr. Becker GmbH	VD09 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
14	MVZ Dr. Becker GmbH	VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
15	MVZ Dr. Becker GmbH	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
16	MVZ Dr. Becker GmbH	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
17	MVZ Dr. Becker GmbH	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
18	MVZ Dr. Becker GmbH	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
19	MVZ Dr. Becker GmbH	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
20	MVZ Dr. Becker GmbH	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
21	MVZ Dr. Becker GmbH	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
22	MVZ Dr. Becker GmbH	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes

#	Ambulanz	Leistung
23	MVZ Dr. Becker GmbH	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
24	MVZ Dr. Becker GmbH	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
25	MVZ Dr. Becker GmbH	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
26	MVZ Dr. Becker GmbH	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
27	MVZ Dr. Becker GmbH	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
28	MVZ Dr. Becker GmbH	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
29	MVZ Dr. Becker GmbH	VO15 - Fußchirurgie
30	MVZ Dr. Becker GmbH	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
31	MVZ Dr. Becker GmbH	VO16 - Handchirurgie
32	MVZ Dr. Becker GmbH	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
33	MVZ Dr. Becker GmbH	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
34	MVZ Dr. Becker GmbH	VC71 - Notfallmedizin
35	MVZ Dr. Becker GmbH	VO19 - Schulterchirurgie
36	MVZ Dr. Becker GmbH	VC30 - Septische Knochenchirurgie
37	MVZ Dr. Becker GmbH	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
38	MVZ Dr. Becker GmbH	VO21 - Traumatologie
39	MVZ Dr. Becker GmbH	VD20 - Wundheilungsstörungen

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	21
2	5-794.06	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Radius distal	15
3	5-841.14	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger	5
4	5-794.k6	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	4

5	5-056.40	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch	4

B-[1].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	24
2	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	22
3	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	11
4	5-841	Operationen an Bändern der Hand	5
5	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	5
6	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	5
7	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	5
8	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	4

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

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

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				42
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte				
Gesamt		12,18	Fälle je VK/Person	53,35689
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	12,18	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	3,69	**Stationär**	8,49
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		7,57	Fälle je VK/Person	76,52027
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	7,57	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	1,65	**Stationär**	5,92

B-[1].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ06 - Allgemeinchirurgie
2	AQ01 - Anästhesiologie
3	AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie
4	AQ63 - Allgemeinmedizin
5	AQ13 - Viszeralchirurgie
6	AQ68 - Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF43 - Spezielle Unfallchirurgie
2	ZF28 - Notfallmedizin
3	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
4	ZF41 - Spezielle Orthopädische Chirurgie
5	ZF12 - Handchirurgie
6	ZF01 - Ärztliches Qualitätsmanagement
7	ZF44 - Sportmedizin

B-[1].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				39,5
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		10,39	Fälle je VK/Person	43,59961
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	10,39	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	10,39
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		0,9	Fälle je VK/Person	503,333344
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0,9	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	0,9
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		1,85	Fälle je VK/Person	244,864853
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	1,85	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	1,85
Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		1,88	Fälle je VK/Person	240,957443
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	1,88	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	1,88
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		1,58	Fälle je VK/Person	286,708862
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	1,58	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	1,58

B-[1].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
3	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
4	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

Teil C

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

HEP - Hüftendoprothesenversorgung	
Fallzahl	150
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	150
HEP_IMP - Zaehlleistungsbereich Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation	
Fallzahl	150
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	150
KEP - Knieendoprothesenversorgung	
Fallzahl	259
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	259
KEP_IMP - Zaehlleistungsbereich Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation	
Fallzahl	252
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	252
KEP_WE - Zaehlleistungsbereich Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel	
Fallzahl	7
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	7

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

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

Ergebnis-ID	**52009**
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,05 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 5,32
Fallzahl	
Grundgesamtheit	456
Beobachtete Ereignisse	0

Erwartete Ereignisse	0,72
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,45 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	**52010**
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0
Vertrauensbereich bundesweit	0 - 0
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 0,84
Fallzahl	
Grundgesamtheit	456
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	**521800**
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 0,84
Fallzahl	
Grundgesamtheit	456
Beobachtete Ereignisse	0

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

darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)

Ergebnis-ID	**521801**
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,06 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 0,84
Fallzahl	
Grundgesamtheit	456
Beobachtete Ereignisse	0

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

Ergebnis-ID	**52326**
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,35
Vertrauensbereich bundesweit	0,35 - 0,35
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 0,84
Fallzahl	
Grundgesamtheit	456
Beobachtete Ereignisse	0

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

Ergebnis-ID	**10271**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1
Rechnerisches Ergebnis	2,42
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,75 - 5,63
Fallzahl	
Grundgesamtheit	163
Beobachtete Ereignisse	4

Erwartete Ereignisse	1,65
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,50 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	**191914**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 0,97
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

8. Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

Ergebnis-ID	**54003**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	8,15
Vertrauensbereich bundesweit	7,95 - 8,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 15,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	**54012**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 7,27
Fallzahl	
Grundgesamtheit	141
Beobachtete Ereignisse	0

Erwartete Ereignisse	0,51
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,44 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	**54013**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 0,95
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 20,08
Fallzahl	
Grundgesamtheit	150
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,19
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,26 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	**54015**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,08 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	**54016**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,9 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 1,63
Fallzahl	
Grundgesamtheit	150
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	2,29
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,84 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	**54017**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,96
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,07 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	**54018**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	

Referenzbereich	<= 2,42 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	**54019**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,9 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	1,99
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,97 - 3,97
Fallzahl	
Grundgesamtheit	151
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	3,52
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,48 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	**54028**
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	0,82
Vertrauensbereich bundesweit	0,77 - 0,88
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 4,09
Fallzahl	
Grundgesamtheit	254
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,92
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,97 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

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

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil

#	Leistungsbereich	Teilnahme
1	MRE ([Baden-Württemberg])	Ja

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

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

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Erbrachte Menge	257
Begründung	MM06: Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil es die mindestmengenrelevante Leistung erstmalig erbringt und den Beginn der Leistungserbringung vorab den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen schriftlich mitgeteilt hat (vgl. § 6 Mm-R).
Erläuterungen	Wir erbringen die Leistung nicht erstmalig, sondern wiederholt seit mehreren Jahren.

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	257
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	211

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

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

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

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

Angaben über die Selbsteinschätzung zur Erfüllung der Personalvorgaben nach Nummer I.2.2. bzw. II.2.2. Anlage 2 der QFR-RL sowie zur Teilnahme am klärenden Dialog gemäß § 8 QFR-RL

Hat das Zentrum dem G-BA die Nichterfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung gemäß I.2.2 bzw. II.2.2 Anlage 2 QFR-RL mitgeteilt?	Nein

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

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

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

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

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen	0
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	0
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	0

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Allgemeine Chirurgie - 1,2,3 - Nachtschicht	100 %
2	Allgemeine Chirurgie - 1,2,3 - Tagschicht	100 %
3	Orthopädie - 1,2,3 - Nachtschicht	100 %
4	Orthopädie - 1,2,3 - Tagschicht	100 %

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Allgemeine Chirurgie - 1,2,3 - Nachtschicht	100 %
2	Allgemeine Chirurgie - 1,2,3 - Tagschicht	100 %
3	Orthopädie - 1,2,3 - Nachtschicht	100 %
4	Orthopädie - 1,2,3 - Tagschicht	100 %

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

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL).
▪ Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt.
▪ Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltszahlen zur Personalbemessung.
▪ Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist.
▪ Für das Berichtsjahr 2022 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

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

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

Am Krankenhausstandort werden Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet

Antwort	Nein