

Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018

Sana Kliniken Lübeck GmbH, Praxisklinik Travemünde

Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software promato QBM 2.5 am 30.01.2020 um 12:59 Uhr erstellt.

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

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

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5
Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses	6
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	6
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	7
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	7
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	7
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	8
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	10
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	11
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	11
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	12
A-10 Gesamtfallzahlen	12
A-11 Personal des Krankenhauses	13
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen	13
A-11.2 Pflegepersonal	13
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	16
A-12.1 Qualitätsmanagement	16
A-12.2 Klinisches Risikomanagement	16
A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements	17
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	20
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit	21
A-13 Besondere apparative Ausstattung	22
Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	23
B-[1].1 Medizinische Klinik I- Gastroenterologie, Pneumologie, Diabetologie und allgemeine Innere Medizin	23
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	23
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	25
B-[1].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	25
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	25
B-[1].6 Diagnosen nach ICD	25
B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	27
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	28
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	30
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	30
B-11.2 Pflegepersonal	30
B-[2].1 Klinik für Allgemein-, Viszeralchirurgie- und Thoraxchirurgie	33
B-[2].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	33

B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	35
B-[2].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	35
B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	35
B-[2].6 Diagnosen nach ICD	35
B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	35
B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	35
B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	36
B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	36
B-[2].11 Personelle Ausstattung	37
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	37
B-11.2 Pflegepersonal	37
B-[3].1 Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie	39
B-[3].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	39
B-[3].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	41
B-[3].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	41
B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	41
B-[3].6 Diagnosen nach ICD	41
B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	42
B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	44
B-[3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	44
B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	44
B-[3].11 Personelle Ausstattung	45
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	45
B-11.2 Pflegepersonal	45
B-[4].1 Abteilung für Orthopädie	47
B-[4].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	47
B-[4].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	49
B-[4].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	49
B-[4].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	49
B-[4].6 Diagnosen nach ICD	49
B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	49
B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	50
B-[4].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	50
B-[4].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	50
B-[4].11 Personelle Ausstattung	51
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	51
B-11.2 Pflegepersonal	51
B-[5].1 Abteilung für Schmerztherapie	53
B-[5].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	53
B-[5].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	55

B-[5].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	55
B-[5].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	55
B-[5].6 Diagnosen nach ICD	55
B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	55
B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	56
B-[5].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	56
B-[5].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	56
B-[5].11 Personelle Ausstattung	57
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	57
B-11.2 Pflegepersonal	57
Teil C - Qualitätssicherung	59
C-1 Teilnahme an der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	59
C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	59
C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung aus dem Verfahren der QSKH-RL für: [Auswertungseinheit]	60
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	97
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	97
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	97
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V	97
C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr	97
C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr	98
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")	98
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V	98

Einleitung

Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

Name	Kai Lippmann
Position	Leiter Qualitätsmanagement
Telefon	0451 / 585 - 1715
Fax	
E-Mail	kai.lippmann@sana.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

Name	Dr. Christian Frank
Position	Geschäftsführer
Telefon.	0451 / 585 - 1201
Fax	
E-Mail	christian.frank@sana.de

Weiterführende Links

URL zur Homepage	http://www.sana-luebeck.de
------------------	---

Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

I. Angaben zum Krankenhaus

Name	Sana Kliniken Lübeck GmbH
Institutionskennzeichen	260102423
Standortnummer	99
Hausanschrift	Kronsfordter Allee 71-73 23560 Lübeck
Postanschrift	Kronsfordter Allee 71-73 23560 Lübeck
Internet	https://www.sana-luebeck.de

Ärztliche Leitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Priv.-Doz. Dr. med. Matthias Bahr	Ärztlicher Direktor	0451 / 585 - 1401		matthias.bahr@sana.de

Pflegedienstleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Michele Tarquinio Espadas	Pflegedirektor	0451 / 585 - 1201		michele.tarquinio@sana.de

Verwaltungsleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. Christian Frank	Geschäftsführer	0451 / 585 - 1201		christian.frank@sana.de

II. Angaben zum Standort, über den berichtet wird

Name	Sana Kliniken Lübeck GmbH, Praxisklinik Travemünde
Institutionskennzeichen	260102423
Standortnummer	02
Hausanschrift	Am Dreilingsberg 7 23570 Travemünde
Postanschrift	Am Dreilingsberg 7 23570 Travemünde
Internet	https://www.sana-luebeck.de/praxisklinik-travemuende/

Ärztliche Leitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Priv.-Doz. Dr. med. Matthias Bahr	Ärztlicher Direktor	0451 / 585 - 1401		matthias.bahr@sana.de

Pflegedienstleitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Michele Tarquinio Espadas	Pflegedirektor	0451 / 585 - 1201		michele.tarquinio@sana.de

Verwaltungsleitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. Christian Frank	Geschäftsführer	0451 / 585 - 1201		christian.frank@sana.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name Sana Kliniken Lübeck GmbH
Art privat

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Lehrkrankenhaus Akademisches Lehrkrankenhaus
Universität

- Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Lübeck

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

trifft nicht zu / entfällt

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP04	Atemgymnastik/-therapie	
MP06	Basale Stimulation	
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	Während Ihres Aufenthaltes in der Praxisklinik Travemünde nutzen wir, das Entlassmanagement, die Zeit, um mit Ihnen und Ihren Angehörigen gemeinsam die erforderlichen Veränderungen nach der Entlassung vorzubereiten.
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Unser interdisziplinär tätiges Team der Palliativmedizin besteht aus speziell ausgebildeten Ärzten, Pflegekräften, einer Psychologin, Physiotherapeuten, Sozialarbeitern und einem Seelsorger. Die Versorgung umfasst u.a. Hospizdienst, Palliativstation, Trauerbegleitung, Abschiedsräumlichkeiten.
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	Im Rahmen der Behandlung neurologischer Erkrankungen kann diese Therapie eingesetzt werden.
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen	Die Klinik ist von der Deutschen Diabetesgesellschaft (DGG) anerkanntes Behandlungszentrum für Typ 1 und Typ 2 Diabetiker (Basisanerkennung DDG)
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	In der Praxisklinik Travemünde kann die Diät- und Ernährungsberatung über ein Konsil angefordert werden. Der Patient wird anschließend zeitnah von einer Diätassistentin beraten und mit Schulungsunterlagen versorgt.
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	Während Ihres Aufenthaltes in der Praxisklinik Travemünde nutzen wir, das Entlassmanagement, die Zeit, um mit Ihnen und Ihren Angehörigen gemeinsam die erforderlichen Veränderungen nach der Entlassung vorzubereiten.
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP21	Kinästhetik	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP26	Medizinische Fußpflege	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP37	Schmerztherapie/-management	Patienten mit allen Schmerzformen im perioperativen Bereich werden betreut. Folgendes wird beispielsweise behandelt: postoperative Schmerzen, chronisch lumbale Rückenschmerzen, Nervenschmerzen nach Verletzungen oder bei Gürtel-/Gesichtsrose, Morbus Sudeck, Durchblutungsschmerzen und Tumorschmerzen
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	Im Rahmen der Behandlung von neurologischen Erkrankungen kann eine Stimm- und Sprachtherapie durchgeführt werden.
MP45	Stomatherapie/-beratung	Ein Enterostomatherapeut ist in den Sana Kliniken Lübeck tätig, der Sie diebezüglich berät und versorgt.
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	Bei Bedarf werden die entsprechenden Hilfsmittel über die Mitarbeiter der Stationen angefordert.
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Die einzelnen medizinischen und pflegerischen Bereiche arbeiten alle mit Selbsthilfegruppen der Region zusammen und verfügen auch über die nötigen Ansprechpartner und Kontaktdaten. Auch der Sozialdienst / Entlassmanagement arbeitet eng mit den Selbsthilfegruppen zusammen.
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	
MP63	Sozialdienst	Während Ihres Aufenthaltes in der Praxisklinik Travemünde nutzen wir, das Entlassmanagement, die Zeit, um mit Ihnen und Ihren Angehörigen gemeinsam die erforderlichen Veränderungen nach der Entlassung vorzubereiten.
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Die Sana Kliniken Lübeck bieten der Öffentlichkeit regelmäßig mindestens einmal im Monat Patientenvorträge zu medizinischen Themen unter dem Motto "Durchblick Gesundheit" an. Die Klinik informiert auch über Behandlungsmöglichkeiten und Vorteile der zertifizierten und medizinischen Zentren.
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	URL	Kommentar / Erläuterung
NM01	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum			
NM02	Ein-Bett-Zimmer			Die Wahl eines Einzelzimmers für Privatpatienten, selbstzahlende oder zusatzversicherte Patienten ist möglich.
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)			
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle			
NM14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	0,00 EUR pro Tag (max)		Die Nutzung des Fernsehgerätes ist kostenlos.
NM17	Rundfunkempfang am Bett	0,00 EUR pro Tag (max)		
NM18	Telefon am Bett	1,75 EUR pro Tag (max) ins deutsche Festnetz 0,10 EUR pro Minute ins deutsche Festnetz 0,10 EUR bei eingehenden Anrufen		
NM30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	0,00 EUR pro Stunde (max) 0,00 EUR pro Tag		
NM40	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen			Die ehrenamtlichen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen unterstützen gerne unsere Patienten, die dies wünschen und über das Klinikpersonal anfordern.
NM42	Seelsorge			Die Seelsorge betreut auf Wunsch hin auf der Station und kann über Stationspersonal angefordert werden bzw. ist unter der Rufnummer 0451-585-1271 erreichbar.

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	URL	Kommentar / Erläuterung
NM49	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen			Die Sana Kliniken Lübeck bieten der Öffentlichkeit regelmäßig mindestens einmal im Monat Patientenvorträge zu medizinischen Themen unter dem Motto "Durchblick Gesundheit" an. Die Klinik informiert auch über Behandlungsmöglichkeiten und Vorteile der zertifizierten und medizinischen Zentren.
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	Besondere Ernährungsgewohnheiten werden berücksichtigt.		

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF04	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung	
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche oder Ähnliches	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen	
BF24	Diätetische Angebote	
BF25	Dolmetscherdienst	

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
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	
FL09	Doktorandenbetreuung	

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar / Erläuterung
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin	
HB07	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)	
HB15	Anästhesietechnischer Assistent und Anästhesietechnische Assistentin (ATA)	

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl der Betten	28
-------------------	----

A-10 Gesamtfallzahlen**Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle**

Vollstationäre Fallzahl	1196
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	42

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	4,17
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,17
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	4,17

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	4,17
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,17
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	4,17
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen	1
-----------------	---

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)	11,19
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,19
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0

Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	11,19

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	11,19	In der Praxisklinik Travemünde sind 11,19 GuKs tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,19	In der Praxisklinik Travemünde sind 11,19 GuKs tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	11,19	Davon arbeiten 11,19 stationär.

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

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

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0,38	In der Praxisklinik Travemünde sind 0,38 Altenpfleger/innen tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,38	In der Praxisklinik Travemünde sind 0,38 Altenpfleger/innen tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	0,38	Davon arbeiten 0,38 stationär.

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	1,75
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,75
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,75

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	1,75	In der Praxisklinik Travemünde sind 1,75 KPHs tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
-------------------	------	--

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	In der Praxisklinik Travemünde ist 1 KPH tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,75	In der Praxisklinik Travemünde sind 0,75 KPHs tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	1,75	Davon arbeiten 1,75 stationär.

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	1,17	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,17	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	1,17	

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	1,17	In der Praxisklinik Travemünde sind 1,17 MFAs tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,17	In der Praxisklinik Travemünde sind 1,17 MFAs tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	1,17	Davon arbeiten 1,17 stationär.
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		38,50

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name	Kai Lippmann
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leiter Qualitätsmanagement
Telefon	0451 585 1715
Fax	
E-Mail	kai.lippmann@sana.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Geschäftsführung, Pflegedirektorium, Klinikmanager, Zentrale Dienste, EDV, Einkauf, Marketing, Med. Prozesse, Qualitätsmanagement, Personal/Organisation, Medizincontrolling, Controlling, Patientenmanagement, Finanzbuchhaltung
Tagungsfrequenz des Gremiums	wöchentlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement	entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement
---	--

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 – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement
--	--

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Regelhaft externe Risikoaudits 2015-09-25
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Interner Notfallalgorithmus 2017-11-24
RM05	Schmerzmanagement	Perioperative Schmerztherapie 2018-11-01
RM06	Sturzprophylaxe	Sturzprophylaxe bei erwachsenen Patienten 2018-04-20
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Standard Dekubitusprophylaxe 2017-08-08
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Freiheitsentziehende Maßnahmen 2019-09-03

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Lenkung fehlerhafter Produkte 2018-09-28
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	<input checked="" type="checkbox"/> Tumorkonferenzen <input checked="" type="checkbox"/> Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen <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 erwartetem Blutverlust	WHO-OP-Checkliste 2017-12-15
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	WHO-OP-Checkliste 2017-12-15
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Patientenidentifikation 2019-10-04
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Überwachung von Patienten im Aufwachraum 2018-01-11
RM18	Entlassungsmanagement	Entlassmanagement 2017-10-02

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	Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen werden jährlich in einem Managementgespräch nach DIN EN ISO 9001:2015 Norm bewertet.

Einrichtungsinterne Fehlermeldesysteme

Nr.	Einrichtungsinternes Fehlermeldesystem	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	2016-05-18
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	jährlich

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
---	--

A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaustygeniker und Krankenhaushygienikerinnen	1
---	---

Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	1
Hygienefachkräfte (HFK)	2
Hygienebeauftragte in der Pflege	2
Eine Hygienekommission wurde eingerrichtet	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Tagungsfrequenz der Hygienekommission	halbjährlich

Vorsitzender der Hygienekommission

Name	Priv.-Doz. Dr. med. Matthias Bahr
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Telefon	0451 585 1401
Fax	
E-Mail	matthias.bahr@sana.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Kein Einsatz von zentralen Venenverweilkathetern?	<input checked="" type="checkbox"/> nein
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
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 Antibiotikaprophylaxe 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 Antibiotikaprophylaxe liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

Der Standard thematisiert insbesondere

Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe	<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 Antibiotikaprophylaxe?	<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? ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor? ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

Hygienische Händedesinfektion (vor, gegebenenfalls während und nach dem Verbandwechsel) ja

Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe)) ja

Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden ja

Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe ja

Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert? ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben? Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen 32 ml/Patiententag

Ist eine Intensivstation vorhanden? Nein

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen? ja

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

Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen 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) ? ja

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

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 Patienten und Patientinnen? ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Hygienebezogene Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar/ Erläuterung
HM01	Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten	https://www.sana-luebeck.de/index.php?id=50926	Zahlen und Fakten zu Keimen und Antibiotikaeinsatz werden in den Sana Kliniken Lübeck über das Sana Hygiene Cockpit dargestellt.
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	<input checked="" type="checkbox"/> HAND-KISS	

Nr.	Hygienebezogene Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar/ Erläuterung
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Sana-Surveillance-Programm, MRSA-plus Netzwerk Lübeck	
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Zertifikat Gold	
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		
HM09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

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

Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement ja

(Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)

Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden ja

Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden ja

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

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

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

Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren ja

Patientenbefragungen ja

◦ <https://www.sana-luebeck.de/ihr-aufenthalt/patientenzufriedenheit.html>

Einweiserbefragungen ja

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. Nils Matthiessen	Leitung Patientenmanagement	0451 585 1223		nils.matthiessen@sana.de

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. Nils Matthiessen	Leitung Patientenmanagement	0451 585 1223		nils.matthiessen@sana.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit

AMTS ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel,

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

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

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person für die Arzneimitteltherapiesicherheit	eigenständige Position für Arzneimitteltherapiesicherheit
Name	Priv.-Doz. Dr. med. Matthias Bahr
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Telefon	0451 585 1401
Fax	
E-Mail	matthias.bahr@sana.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	1
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	1
Kommentar/ Erläuterung	

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.

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen	
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe –Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Vorgaben zur Dokumentation in der Patientenakte
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe, ifap klinikCenter, Gelbe Liste, Fachinfo-Service)	
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	<input checked="" type="checkbox"/> Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung <input checked="" type="checkbox"/> Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<input checked="" type="checkbox"/> Fallbesprechungen <input checked="" type="checkbox"/> Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	<input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs <input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung des Medikationsplans <input checked="" type="checkbox"/> bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

A-13 Besondere apparative Ausstattung

trifft nicht zu / entfällt

Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1].1 Medizinische Klinik I- Gastroenterologie, Pneumologie, Diabetologie und allgemeine Innere Medizin

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Medizinische Klinik I- Gastroenterologie, Pneumologie, Diabetologie und allgemeine Innere Medizin
Fachabteilungsschlüssel	0100
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Priv.-Doz. Dr. med. Matthias Bahr
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Medizinische Klinik I
Telefon	0451 / 585 - 1401
Fax	
E-Mail	matthias.bahr@sana.de
Strasse / Hausnummer	Kronsforder Allee 71-73
PLZ / Ort	23560 Lübeck
URL	

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

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

Kommentar/Erläuterung

Die Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und Bundesärztekammer zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen werden in unserem Haus vollumfänglich betrachtet. Wir bekennen uns ausdrücklich dazu, auch ökonomische Inhalte in unseren Zielvereinbarungen zu verwenden, ohne die berufsrechtlichen Rahmenbedingungen einzuschränken. Die fachliche Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen ist dabei garantiert. Finanzielle Anreize für einzelne Operationen werden nicht vereinbart.

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	

B-[1].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette	
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	

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

Vollstationäre Fallzahl	465
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
I50	51	Herzinsuffizienz
E86	44	Volumenmangel
N39	29	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
A46	15	Erysipel [Wundrose]
I10	13	Essentielle (primäre) Hypertonie
J15	13	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert
D50	12	Eisenmangelanämie
J44	12	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
K29	12	Gastritis und Duodenitis
A09	10	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs
F10	10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
E87	9	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts
I48	9	Vorhofflimmern und Vorhofflattern
J20	9	Akute Bronchitis
K21	9	Gastroösophageale Refluxkrankheit
K74	9	Fibrose und Zirrhose der Leber
A04	8	Sonstige bakterielle Darminfektionen
K56	8	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie
K59	8	Sonstige funktionelle Darmstörungen
K63	8	Sonstige Krankheiten des Darmes
K70	7	Alkoholische Leberkrankheit
R55	7	Synkope und Kollaps
K57	6	Divertikulose des Darmes
C61	5	Bösartige Neubildung der Prostata

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
D64	5	Sonstige Anämien
E11	5	Diabetes mellitus, Typ 2
M54	5	Rückenschmerzen
N17	5	Akutes Nierenversagen
I80	4	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis
I20	< 4	Angina pectoris
I49	< 4	Sonstige kardiale Arrhythmien
K22	< 4	Sonstige Krankheiten des Ösophagus
K25	< 4	Ulcus ventriculi
N10	< 4	Akute tubulointerstitielle Nephritis
N18	< 4	Chronische Nierenkrankheit
S32	< 4	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens
T63	< 4	Toxische Wirkung durch Kontakt mit giftigen Tieren
T78	< 4	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert
A41	< 4	Sonstige Sepsis
B02	< 4	Zoster [Herpes zoster]
C80	< 4	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation
C91	< 4	Lymphatische Leukämie
D62	< 4	Akute Blutungsanämie
E05	< 4	Hyperthyreose [Thyreotoxikose]
F45	< 4	Somatoforme Störungen
J18	< 4	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
J45	< 4	Asthma bronchiale
K31	< 4	Sonstige Krankheiten des Magens und des Duodenums
K52	< 4	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis
K92	< 4	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems
L03	< 4	Phlegmone
M06	< 4	Sonstige chronische Polyarthritiden
M35	< 4	Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes
M48	< 4	Sonstige Spondylopathien
M80	< 4	Osteoporose mit pathologischer Fraktur
S22	< 4	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule
S30	< 4	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens
S80	< 4	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels
A08	< 4	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen
A69	< 4	Sonstige Spirochäteninfektionen
B15	< 4	Akute Virushepatitis A
B99	< 4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten
C34	< 4	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
C44	< 4	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut
D37	< 4	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der Mundhöhle und der Verdauungsorgane
D38	< 4	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens des Mittelohres, der Atmungsorgane und der intrathorakalen Organe
E03	< 4	Sonstige Hypothyreose
F05	< 4	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
F33	< 4	Rezidivierende depressive Störung
F41	< 4	Andere Angststörungen
G20	< 4	Primäres Parkinson-Syndrom
G23	< 4	Sonstige degenerative Krankheiten der Basalganglien
H81	< 4	Störungen der Vestibularfunktion
I21	< 4	Akuter Myokardinfarkt
I87	< 4	Sonstige Venenkrankheiten
I95	< 4	Hypotonie
J40	< 4	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
J42	\< 4	Nicht näher bezeichnete chronische Bronchitis
J84	\< 4	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten
K43	\< 4	Hernia ventralis
K51	\< 4	Colitis ulcerosa
K55	\< 4	Gefäßkrankheiten des Darmes
K83	\< 4	Sonstige Krankheiten der Gallenwege
K85	\< 4	Akute Pankreatitis
K86	\< 4	Sonstige Krankheiten des Pankreas
K91	\< 4	Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert
L27	\< 4	Dermatitis durch oral, enteral oder parenteral aufgenommene Substanzen
L30	\< 4	Sonstige Dermatitis
L89	\< 4	Dekubitalgeschwür und Druckzone
M05	\< 4	Seropositive chronische Polyarthrit
M10	\< 4	Gicht
M31	\< 4	Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien
M47	\< 4	Spondylose
M51	\< 4	Sonstige Bandscheibenschäden
M53	\< 4	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert
N20	\< 4	Nieren- und Ureterstein
N30	\< 4	Zystitis
R13	\< 4	Dysphagie
R29	\< 4	Sonstige Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen
R33	\< 4	Harnverhaltung
R57	\< 4	Schock, anderenorts nicht klassifiziert
R63	\< 4	Symptome, die die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme betreffen
S20	\< 4	Oberflächliche Verletzung des Thorax
S40	\< 4	Oberflächliche Verletzung der Schulter und des Oberarmes
S72	\< 4	Fraktur des Femurs
S82	\< 4	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
T45	\< 4	Vergiftung durch primär systemisch und auf das Blut wirkende Mittel, anderenorts nicht klassifiziert
T51	\< 4	Toxische Wirkung von Alkohol
T58	\< 4	Toxische Wirkung von Kohlenmonoxid

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
9-984	221	Pflegebedürftigkeit
1-632	74	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
1-650	53	Diagnostische Koloskopie
8-800	30	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
3-200	28	Native Computertomographie des Schädels
3-225	21	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
5-452	20	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes
1-440	18	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
1-853	15	Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle
9-200	15	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
8-930	12	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
8-148	9	Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben
8-191	9	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
1-444	8	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt
3-222	8	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
3-206	5	Native Computertomographie des Beckens
8-854	5	Hämodialyse
1-631	4	Diagnostische Ösophagogastroskopie
1-651	4	Diagnostische Sigmoidoskopie
3-207	4	Native Computertomographie des Abdomens
5-449	4	Andere Operationen am Magen
1-63a	< 4	Kapselendoskopie des Dünndarms
3-220	< 4	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel
3-802	< 4	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
1-208	< 4	Registrierung evozierter Potentiale
3-202	< 4	Native Computertomographie des Thorax
3-203	< 4	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
3-228	< 4	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel
5-513	< 4	Endoskopische Operationen an den Gallengängen
8-123	< 4	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters
8-139	< 4	Andere Manipulationen am Harntrakt
8-987	< 4	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
8-98g	< 4	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern
1-207	< 4	Elektroenzephalographie (EEG)
1-642	< 4	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege
1-854	< 4	Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels
3-035	< 4	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung
3-13d	< 4	Urographie
3-221	< 4	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel
3-226	< 4	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel
3-800	< 4	Native Magnetresonanztomographie des Schädels
3-806	< 4	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems
3-821	< 4	Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel
3-990	< 4	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
3-991	< 4	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
3-993	< 4	Quantitative Bestimmung von Parametern
5-431	< 4	Gastrostomie
5-482	< 4	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums
5-562	< 4	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung
8-137	< 4	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]
8-158	< 4	Therapeutische perkutane Punktion eines Gelenkes
8-179	< 4	Andere therapeutische Spülungen

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM07	Privatambulanz			

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

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
1-650	< 4	Diagnostische Koloskopie

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

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

Nein

Nein

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	2,61
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,61
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2,61
Fälle je VK/Person	178,16091

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	2,61
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,61
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2,61
Fälle je VK/Person	178,16091
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ23	Innere Medizin	
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie	
AQ30	Innere Medizin und Pneumologie	
AQ63	Allgemeinmedizin	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	
ZF07	Diabetologie	
ZF09	Geriatric	
ZF30	Palliativmedizin	
ZF34	Proktologie	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 13,02 GuKs tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 13,02 GuKs tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	

Stationäre Versorgung	0	Davon arbeiten 13,02 stationär.
Fälle je VK/Person	0,00000	

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 0,75 Altenpfleger/innen tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 0,75 Altenpfleger/innen tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	0	Davon arbeiten 0,75 stationär.
Fälle je VK/Person	0,00000	

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 1,75 KPHs tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 1,75 KPHs tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 1,75 KPHs tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	0	Davon arbeiten 1,75 stationär.
Fälle je VK/Person	0,00000	

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 0,69 MFAs tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 0,69 MFAs tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	0	Davon arbeiten 0,69 stationär.
Fälle je VK/Person	0,00000	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP02	Bobath	
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP19	Sturzmanagement	

B-[2].1 Klinik für Allgemein-, Viszeralchirurgie- und Thoraxchirurgie

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für Allgemein-, Viszeralchirurgie- und Thoraxchirurgie
Fachabteilungsschlüssel	1500
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Priv.-Doz. Dr. med. Sven Eisold
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Telefon	0451 / 585 - 1301
Fax	
E-Mail	svен.eisold@sana.de
Strasse / Hausnummer	Kronsfordter Allee 71-73
PLZ / Ort	23560 Lübeck
URL	

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

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

Kommentar/Erläuterung

Die Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und Bundesärztekammer zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen werden in unserem Haus vollumfänglich betrachtet. Wir bekennen uns ausdrücklich dazu, auch ökonomische Inhalte in unseren Zielvereinbarungen zu verwenden, ohne die berufsrechtlichen Rahmenbedingungen einzuschränken. Die fachliche Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen ist dabei garantiert. Finanzielle Anreize für einzelne Operationen werden nicht vereinbart.

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VC00	operative Versorgung von Leisten-, Narben- und Nabelhernien	
VC22	Magen-Darm-Chirurgie	
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	

B-[2].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette	
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	

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

Vollstationäre Fallzahl	33
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
K40	15	Hernia inguinalis
K43	7	Hernia ventralis
K42	4	Hernia umbilicalis
K80	\< 4	Cholelithiasis
I95	\< 4	Hypotonie
K41	\< 4	Hernia femoralis
M20	\< 4	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen
T81	\< 4	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert
T85	\< 4	Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-530	17	Verschluss einer Hernia inguinalis
5-536	5	Verschluss einer Narbenhernie
5-534	\< 4	Verschluss einer Hernia umbilicalis
5-535	\< 4	Verschluss einer Hernia epigastrica
9-984	\< 4	Pflegebedürftigkeit
5-511	\< 4	Cholezystektomie
5-788	\< 4	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes
5-389	\< 4	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen
5-546	\< 4	Plastische Rekonstruktion von Bauchwand und Peritoneum
5-786	\< 4	Osteosyntheseverfahren
5-889	\< 4	Andere Operationen an der Mamma
5-892	\< 4	Andere Inzision an Haut und Unterhaut
5-894	\< 4	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM07	Privatambulanz			

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

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-399	\< 4	Andere Operationen an Blutgefäßen

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

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

 Nein

 Nein

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	0,41
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,41
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,41
Fälle je VK/Person	80,48780

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	0,41
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,41
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,41
Fälle je VK/Person	80,48780
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ06	Allgemeinchirurgie	
AQ12	Thoraxchirurgie	
AQ13	Viszeralchirurgie	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 13,02 GuKs tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 13,02 GuKs tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	0	Davon arbeiten 13,02 stationär.
Fälle je VK/Person	0,00000	

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 0,75 Altenpfleger/innen tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 0,75 Altenpfleger/innen tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	0	Davon arbeiten 0,75 stationär.
Fälle je VK/Person	0,00000	

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 1,75 KPHs tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 1,75 KPHs tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 1,75 KPHs tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	0	Davon arbeiten 1,75 stationär.
Fälle je VK/Person	0,00000	

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 0,69 MFAs tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 0,69 MFAs tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	0	Davon arbeiten 0,69 stationär.
Fälle je VK/Person	0,00000	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP02	Bobath	
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP19	Sturzmanagement	

B-[3].1 Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
Fachabteilungsschlüssel	1600
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Dr. med. Norbert Thiem
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Klinik für Orthopädie- und Unfallchirurgie
Telefon	0451 / 585 - 1601
Fax	
E-Mail	nobert.thiem@sana.de
Strasse / Hausnummer	Kronsfordter Allee 71-73
PLZ / Ort	23560 Lübeck
URL	

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

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

Kommentar/Erläuterung

Die Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und Bundesärztekammer zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen werden in unserem Haus vollumfänglich betrachtet. Wir bekennen uns ausdrücklich dazu, auch ökonomische Inhalte in unseren Zielvereinbarungen zu verwenden, ohne die berufsrechtlichen Rahmenbedingungen einzuschränken. Die fachliche Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen ist dabei garantiert. Finanzielle Anreize für einzelne Operationen werden nicht vereinbart.

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken	
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen	
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen	
VO15	Fußchirurgie	
VO16	Handchirurgie	
VO19	Schulterchirurgie	

B-[3].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette	
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	

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

Vollstationäre Fallzahl	231
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
M75	72	Schulterläsionen
S52	21	Fraktur des Unterarmes
S82	15	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
M17	13	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]
M16	12	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]
M19	11	Sonstige Arthrose
M20	10	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen
S43	8	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels
S62	5	Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand
S92	5	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]
M18	4	Rhizarthrose [Arthrose des Daumensattelgelenkes]
M23	4	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]
M93	4	Sonstige Osteochondropathien
S46	4	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Schulter und des Oberarmes
M12	< 4	Sonstige näher bezeichnete Arthropathien
M72	< 4	Fibromatosen

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
M84	\< 4	Veränderungen der Knochenkontinuität
G56	\< 4	Mononeuropathien der oberen Extremität
K40	\< 4	Hernia inguinalis
M89	\< 4	Sonstige Knochenkrankheiten
R02	\< 4	Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert
R11	\< 4	Übelkeit und Erbrechen
S42	\< 4	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes
S80	\< 4	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels
S83	\< 4	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes
S86	\< 4	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels
T84	\< 4	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate
D17	\< 4	Gutartige Neubildung des Fettgewebes
D21	\< 4	Sonstige gutartige Neubildungen des Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe
K42	\< 4	Hernia umbilicalis
M21	\< 4	Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten
M24	\< 4	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen
M67	\< 4	Sonstige Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
M70	\< 4	Krankheiten des Weichteilgewebes im Zusammenhang mit Beanspruchung, Überbeanspruchung und Druck
M77	\< 4	Sonstige Enthesopathien
M80	\< 4	Osteoporose mit pathologischer Fraktur
M87	\< 4	Knochennekrose
S63	\< 4	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Höhe des Handgelenkes und der Hand
S72	\< 4	Fraktur des Femurs
T79	\< 4	Bestimmte Frühkomplikationen eines Traumas, anderenorts nicht klassifiziert
T81	\< 4	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-814	194	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes
8-919	81	Komplexe Akutschmerzbehandlung
5-794	38	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
5-782	25	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe
8-915	22	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie
5-822	18	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk
5-810	15	Arthroskopische Gelenkoperation
5-820	13	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk
5-786	12	Osteosyntheseverfahren
5-787	9	Entfernung von Osteosynthesematerial
5-784	8	Knochen transplantation und -transposition
5-808	8	Offen chirurgische Arthrodese
5-812	8	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken
9-984	8	Pflegebedürftigkeit
5-788	7	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes
5-795	7	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen
5-811	7	Arthroskopische Operation an der Synovialis
5-847	7	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand
5-855	6	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnen scheide

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-896	6	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
5-781	5	Osteotomie und Korrekturosteotomie
5-790	5	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese
5-824	5	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität
5-869	5	Andere Operationen an den Bewegungsorganen
5-780	4	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch
5-793	4	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
5-796	4	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen
5-852	4	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie
5-892	4	Andere Inzision an Haut und Unterhaut
5-894	4	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
5-916	4	Temporäre Weichteildeckung
5-530	\< 4	Verschluss einer Hernia inguinalis
5-809	\< 4	Andere Gelenkoperationen
5-819	\< 4	Andere arthroskopische Operationen
5-842	\< 4	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger
5-859	\< 4	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln
8-930	\< 4	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
1-697	\< 4	Diagnostische Arthroskopie
5-056	\< 4	Neurolyse und Dekompression eines Nerven
5-546	\< 4	Plastische Rekonstruktion von Bauchwand und Peritoneum
5-783	\< 4	Entnahme eines Knochentransplantates
5-801	\< 4	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken
5-804	\< 4	Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat
5-805	\< 4	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes
5-813	\< 4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes
5-865	\< 4	Amputation und Exartikulation Fuß
5-903	\< 4	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut
5-984	\< 4	Mikrochirurgische Technik
8-191	\< 4	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen
3-200	\< 4	Native Computertomographie des Schädels
3-205	\< 4	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems
5-534	\< 4	Verschluss einer Hernia umbilicalis
5-791	\< 4	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens
5-79b	\< 4	Offene Reposition einer Gelenkluxation
5-800	\< 4	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes
5-807	\< 4	Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke
5-826	\< 4	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der unteren Extremität
5-841	\< 4	Operationen an Bändern der Hand
5-849	\< 4	Andere Operationen an der Hand
5-854	\< 4	Rekonstruktion von Sehnen
5-901	\< 4	Freie Hauttransplantation, Entnahmestelle
5-902	\< 4	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle
5-930	\< 4	Art des Transplantates
8-139	\< 4	Andere Manipulationen am Harntrakt
8-179	\< 4	Andere therapeutische Spülungen
8-190	\< 4	Spezielle Verbandstechniken
8-192	\< 4	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM07	Privatambulanz			
AM09	D-Arzt-/ Berufsgenossenschaftliche Ambulanz			

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

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-790	6	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese
5-056	\< 4	Neurolyse und Dekompression eines Nerven
5-787	\< 4	Entfernung von Osteosynthesematerial
5-788	\< 4	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes
5-795	\< 4	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen
5-811	\< 4	Arthroskopische Operation an der Synovialis
5-812	\< 4	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken
5-840	\< 4	Operationen an Sehnen der Hand
5-841	\< 4	Operationen an Bändern der Hand
5-846	\< 4	Arthrodesen an Gelenken der Hand
5-849	\< 4	Andere Operationen an der Hand

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

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

 Ja

 Ja

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	0,15
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,15
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,15
Fälle je VK/Person	1540,00000

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	0,15
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,15
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,15
Fälle je VK/Person	1540,00000
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ06	Allgemeinchirurgie	
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF12	Handchirurgie	
ZF24	Manuelle Medizin/Chirotherapie	
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie	
ZF44	Sportmedizin	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 13,02 GuKs tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 13,02 GuKs tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	0	Davon arbeiten 13,02 stationär.
Fälle je VK/Person	0,00000	

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 0,75 Altenpfleger/innen tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 0,75 Altenpfleger/innen tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	0	Davon arbeiten 0,75 stationär.
Fälle je VK/Person	0,00000	

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 1,75 KPHs tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 1,75 KPHs tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 1,75 KPHs tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	0	Davon arbeiten 1,75 stationär.
Fälle je VK/Person	0,00000	

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 0,69 MFAs tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 0,69 MFAs tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	0	Davon arbeiten 0,69 stationär.
Fälle je VK/Person	0,00000	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP02	Bobath	

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs	
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP19	Sturzmanagement	

B-[4].1 Abteilung für Orthopädie

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Abteilung für Orthopädie
Fachabteilungsschlüssel	2300
Art der Abteilung	Belegabteilung

Leitende Belegärztin/Leitender Belegarzt

Name	Dr. med. Lars Nebermann
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Belegarzt
Telefon	0451 / 31704400
Fax	
E-Mail	info@oc-luebeck.de
Strasse / Hausnummer	Kronsfordter Allee 69
PLZ / Ort	23560 Lübeck
URL	

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

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

Kommentar/Erläuterung

Die Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und Bundesärztekammer zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen werden in unserem Haus vollumfänglich betrachtet. Wir bekennen uns ausdrücklich dazu, auch ökonomische Inhalte in unseren Zielvereinbarungen zu verwenden, ohne die berufsrechtlichen Rahmenbedingungen einzuschränken. Die fachliche Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen ist dabei garantiert. Finanzielle Anreize für einzelne Operationen werden nicht vereinbart.

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	
VO16	Handchirurgie	
VO19	Schulterchirurgie	

B-[4].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette	
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	

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

Vollstationäre Fallzahl	309
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[4].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
M75	100	Schulterläsionen
M17	88	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]
M19	37	Sonstige Arthrose
M16	27	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]
T84	23	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate
M23	8	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]
M18	6	Rhizarthrose [Arthrose des Daumensattelgelenkes]
M22	5	Krankheiten der Patella
M20	4	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen
M72	< 4	Fibromatosen
D18	< 4	Hämangiom und Lymphangiom
M25	< 4	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert
M93	< 4	Sonstige Osteochondropathien
Q74	< 4	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Extremität(en)
S42	< 4	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes
S46	< 4	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Schulter und des Oberarmes
S82	< 4	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
T81	< 4	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-919	201	Komplexe Akutschmerzbehandlung
5-814	97	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes
5-822	88	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk
8-915	44	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie
5-824	40	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität
5-820	28	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk
5-823	14	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-813	10	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes
9-984	7	Pflegebedürftigkeit
5-786	6	Osteosyntheseverfahren
5-829	6	Andere gelenkplastische Eingriffe
5-847	6	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand
5-810	5	Arthroskopische Gelenkoperation
5-825	5	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität
8-930	5	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
5-781	4	Osteotomie und Korrekturosteotomie
5-787	4	Entfernung von Osteosynthesematerial
5-812	\< 4	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken
5-842	\< 4	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger
5-788	\< 4	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes
5-800	\< 4	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes
5-808	\< 4	Offen chirurgische Arthrodesse
5-811	\< 4	Arthroskopische Operation an der Synovialis
5-821	\< 4	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk
5-892	\< 4	Andere Inzision an Haut und Unterhaut
8-201	\< 4	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese
8-900	\< 4	Intravenöse Anästhesie
5-784	\< 4	Knochentransplantation und -transposition
5-792	\< 4	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens
5-794	\< 4	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
5-855	\< 4	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnen Scheide
5-895	\< 4	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
5-900	\< 4	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut
8-139	\< 4	Andere Manipulationen am Harntrakt
8-800	\< 4	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

trifft nicht zu / entfällt

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

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-806	\< 4	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes
5-812	\< 4	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken

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

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

B-[4].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen	1
Fälle je VK/Person	309,00000

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF12	Handchirurgie	
ZF41	Spezielle Orthopädische Chirurgie	
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 13,02 GuKs tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 13,02 GuKs tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	0	Davon arbeiten 13,02 stationär.
Fälle je VK/Person	0,00000	

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 0,75 Altenpfleger/innen tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 0,75 Altenpfleger/innen tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	0	Davon arbeiten 0,75 stationär.
Fälle je VK/Person	0,00000	

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 1,75 KPHs tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 1,75 KPHs tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 1,75 KPHs tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	0	Davon arbeiten 1,75 stationär.
Fälle je VK/Person	0,00000	

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 0,69 MFAs tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 0,69 MFAs tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	0	Davon arbeiten 0,69 stationär.
Fälle je VK/Person	0,00000	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP02	Bobath	
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP19	Sturzmanagement	

B-[5].1 Abteilung für Schmerztherapie

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Abteilung für Schmerztherapie
Fachabteilungsschlüssel	3753
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Prof. Dr. med. Petra Saur
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin der Abteilung Anästhesie und Schmerztherapie
Telefon	0451 / 585 - 1363
Fax	
E-Mail	petra.saur@sana.de
Strasse / Hausnummer	Kronsfordter Alee 71-73
PLZ / Ort	23560 Lübeck
URL	

B-[5].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Kommentar/Erläuterung

Die Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und Bundesärztekammer zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen werden in unserem Haus vollumfänglich betrachtet. Wir bekennen uns ausdrücklich dazu, auch ökonomische Inhalte in unseren Zielvereinbarungen zu verwenden, ohne die berufsrechtlichen Rahmenbedingungen einzuschränken. Die fachliche Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen ist dabei garantiert. Finanzielle Anreize für einzelne Operationen werden nicht vereinbart.

B-[5].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VX00	Akutschmerztherapie	
VX00	Multimodale Schmerztherapie	

B-[5].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette	
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	

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

Vollstationäre Fallzahl	158
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[5].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
M54	73	Rückenschmerzen
M79	21	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert
G44	7	Sonstige Kopfschmerzsyndrome
G43	6	Migräne
M51	6	Sonstige Bandscheibenschäden
M05	5	Seropositive chronische Polyarthritiden
M96	5	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert
G50	4	Krankheiten des N. trigeminus [V. Hirnnerv]
G57	< 4	Mononeuropathien der unteren Extremität
G62	< 4	Sonstige Polyneuropathien
M15	< 4	Polyarthrose
M25	< 4	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert
M89	< 4	Sonstige Knochenkrankheiten
B02	< 4	Zoster [Herpes zoster]
M08	< 4	Juvenile Arthritis
M48	< 4	Sonstige Spondylopathien
G20	< 4	Primäres Parkinson-Syndrom
G35	< 4	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]
G54	< 4	Krankheiten von Nervenwurzeln und Nervenplexus
G58	< 4	Sonstige Mononeuropathien
L40	< 4	Psoriasis
M17	< 4	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]
M41	< 4	Skoliose
M45	< 4	Spondylitis ankylosans
M80	< 4	Osteoporose mit pathologischer Fraktur
R10	< 4	Bauch- und Beckenschmerzen

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-918	155	Multimodale Schmerztherapie
8-800	< 4	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-91b	\< 4	Multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM07	Privatambulanz			

B-[5].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

B-[5].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Nein
 Nein

B-[5].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1
Fälle je VK/Person	158,00000

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1
Fälle je VK/Person	158,00000
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	
AQ63	Allgemeinmedizin	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	
ZF15	Intensivmedizin	
ZF28	Notfallmedizin	
ZF30	Palliativmedizin	
ZF44	Sportmedizin	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 13,02 GuKs tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 13,02 GuKs tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	0	Davon arbeiten 13,02 stationär.
Fälle je VK/Person	0,00000	

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 0,75 Altenpfleger/innen tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 0,75 Altenpfleger/innen tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	0	Davon arbeiten 0,75 stationär.
Fälle je VK/Person	0,00000	

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 1,75 KPHs tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 1,75 KPHs tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	0	Davon arbeiten 1,75 stationär.
Fälle je VK/Person	0,00000	

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 0,69 MFAs tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	In der Praxisklinik Travemünde sind 0,69 MFAs tätig . Eine Personalzuordnung ist nicht möglich, da die Stationen nicht immer nur einer Fachabteilung zugeordnet sind.
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	0	Davon arbeiten 0,69 stationär.
Fälle je VK/Person	0,00000	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP19	Sturzmanagement	

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 %	Kommentar / Erläuterung
Ambulant erworbene Pneumonie	13	100	
Geburtshilfe	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacher-Implantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung	43	100	
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung			
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Karotis-Revaskularisation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung	109	99,08	

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Kommentar / Erläuterung
Leberlebendspende	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lebertransplantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Mammachirurgie	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Neonatologie	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nierenlebendspende	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Pflege: Dekubitusprophylaxe	12	100	

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung aus dem Verfahren der QSKH-RL für: [Auswertungseinheit]

Qualitätsindikator	Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus) 2009
Kennzahl-ID	
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	95,1
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,01 / 95,18
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	8 / 8
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	63,06 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. In Lungenfachkliniken kann die ambulant begonnene antimikrobielle Therapie regelmäßig bei Aufnahme zur Erregerbestimmung abgesetzt werden. Dies kann zu rechnerischen Auffälligkeiten führen, muss jedoch nicht Ausdruck eines Qualitätsproblems sein.

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

Qualitätsindikator	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)
Kennzahl-ID	2007
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	97,25
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,91 / 97,56
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf .

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

Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind.

Qualitätsindikator	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung 2028
Kennzahl-ID	
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	95,56
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,47 / 95,66
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	5 / 5
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	47,82 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

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

Qualitätsindikator	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme
Kennzahl-ID	50722
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	96,49
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,42 / 96,55
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	11 / 11

Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	71,51 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
Kennzahl-ID	50778
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,06
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,58 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,05 / 1,07
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	0,81
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,23 / 2,13
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
Kennzahl-ID	2006
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	98,54
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,49 / 98,58
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	11 / 11

Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	71,51 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	N02
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme 2005
Kennzahl-ID	
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	98,49
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,45 / 98,54
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	11 / 11
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	71,51 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

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

Qualitätsindikator	Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Index = 1 oder 2)
Kennzahl-ID	2013
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	93,87
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	93,74 / 93,99
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	4 / 4
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	39,76 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

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

Qualitätsindikator	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Kennzahl-ID	54002
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	92,36
Referenzbereich (bundesweit)	>= 86,00 %

Vertrauensbereich (bundesweit)	91,99 / 92,72
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator Kennzahl-ID	Sturzprophylaxe 54004
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	95,81
Referenzbereich (bundesweit)	>= 85,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,72 / 95,9
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	22 / 21
Rechnerisches Ergebnis	95,45
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	77,20 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

Qualitätsindikator	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Kennzahl-ID	54019
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	2,35
Referenzbereich (bundesweit)	<= 7,50 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,28 / 2,42
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	40 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 8,81
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

Qualitätsindikator	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
Kennzahl-ID	54012
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,40 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 / 1,02
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	42 / 0 / 0,30
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 11,62
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit
Kennzahl-ID	54013
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,21
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,19 / 0,23
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	42 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0

Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 8,41
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Aus den Bundesdaten konnten Risikofaktoren von Patienten ermittelt werden, die ihr Risiko, während des stationären Aufenthalts zu versterben, maßgeblich beeinflussen. Darauf konnten dann in einem zweiten Schritt die 10 % der Patientinnen und Patienten ermittelt werden, bei denen dieses Risiko besonders gering ist. Diese bilden die Grundgesamtheit für diesen Qualitätsindikator als die 10 % Patientinnen und Patienten mit „geringer Sterbewahrscheinlichkeit“. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf
Kennzahl-ID	10271
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,1
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 3,12 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,06 / 1,14
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	

Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse wie z. B. Komplikationen dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in einen Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.</p>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind.
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Kennzahl-ID	54017
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung

Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	6,18
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15,15 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	5,84 / 6,54
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Kennzahl-ID	54001
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	97,13
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,05 / 97,2

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	40 / 40
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	91,19 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Kennzahl-ID	54016
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	1,51
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 5,72 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,46 / 1,57
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

Qualitätsindikator	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54018
Kennzahl-ID	54018
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	4,62
Referenzbereich (bundesweit)	<= 11,41 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,45 / 4,79
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind.

Qualitätsindikator Kennzahl-ID	Beweglichkeit bei Entlassung 54010
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	98,1
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,03 / 98,16
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	40 / 40
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	91,19 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	N02
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Präoperative Verweildauer bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54003
Kennzahl-ID	
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	13,75
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	13,48 / 14,03
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind.

Qualitätsindikator	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
Kennzahl-ID	54046
Leistungsbereich	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,03
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,07 (90. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1 / 1,07
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Kennzahl-ID	54042
Leistungsbereich	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	0,98
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 2,17 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,96 / 1,01

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind.
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator Kennzahl-ID	Sturzprophylaxe 54050
Leistungsbereich	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	95,34
Referenzbereich (bundesweit)	>= 85,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,16 / 95,52
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	

Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind.
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Wundhämatomen/Nachblutungen bei osteosynthetischer Versorgung einer Hüftgelenknahe Femurfraktur
Kennzahl-ID	54040
Leistungsbereich	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	0,91
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,28 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,83 / 0,99
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Kennzahl-ID	54030
Leistungsbereich	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	14,12
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	13,85 / 14,4
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	

Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind.
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54029
Kennzahl-ID	54029
Leistungsbereich	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	1,27
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,50 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,18 / 1,36
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

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

Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind.

Qualitätsindikator	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
Kennzahl-ID	54033
Leistungsbereich	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,03
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,24 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,01 / 1,05
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
Kennzahl-ID	54028
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	0,89
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 3,79 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,83 / 0,95
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	109 / 0 / 0,49

Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 7,53
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Kennzahl-ID	50481
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%

Bundesergebnis	3,24
Referenzbereich (bundesweit)	<= 10,37 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,95 / 3,55
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	8 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 36,94
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation
Kennzahl-ID	54020
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	97,82
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,75 / 97,9
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	82 / 82
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,60 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit
Kennzahl-ID	54127
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,04
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,03 / 0,05
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	95 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 3,81
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

Qualitätsindikator	Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf
Kennzahl-ID	54128
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	99,79
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 98,54$ % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,76 / 99,81
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse wie z. B. Komplikationen dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in einen Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

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

Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind.

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Kennzahl-ID	54022
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	93,31
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 86,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,87 / 93,72
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	8 / 7
Rechnerisches Ergebnis	87,5
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	48,56 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

Qualitätsindikator	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Kennzahl-ID	54125
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	4,59
Referenzbereich (bundesweit)	<= 13,33 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,25 / 4,96
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	8 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 36,94
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

Qualitätsindikator Kennzahl-ID	Beweglichkeit bei Entlassung 54026
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	92,92
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,79 / 93,04
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	101 / 97
Rechnerisches Ergebnis	96,04
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	90,13 / 98,96
Ergebnis im Berichtsjahr	N02
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

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

Qualitätsindikator Kennzahl-ID	Indikation zur unikondylären Schlittenprothese 54021
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	96,43
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,17 / 96,68
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	19 / 19
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	82,35 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

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

Qualitätsindikator	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation
Kennzahl-ID	54123
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	1,4
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,00 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,35 / 1,46
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	101 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 3,59
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

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

Qualitätsindikator	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation
Kennzahl-ID	54124
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	1,05
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,89 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1 / 1,1
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
Kennzahl-ID	52009
Leistungsbereich	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,06
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,31 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,05 / 1,07
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	0,97
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,33 / 2,84
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4 52010
Kennzahl-ID	52010
Leistungsbereich	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
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)	1195 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0

Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 0,31
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

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

DMP	Kommentar / Erläuterung
Diabetes mellitus Typ 1	
Diabetes mellitus Typ 2	

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

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

Leistungsbereich	Mindestmenge	Erbrachte Menge	Ausnahmetatbestand	Kommentar/ Erläuterung
Kniegelenk-Totalendoprothesen	50	75	Keine Ausnahme (MM05)	

C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

Leistungsbereich	Kniegelenk-Totalendoprothesen
Gesamtergebnis der Prognosedarlegung	ja
Im Berichtsjahr erbrachte Leistungsmenge	75

die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge	79
Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen	ja
Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)	Nein
Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden	Nein
Übergangsregelung	Nein

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)	5
Anzahl derjenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	5
Anzahl derjenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	2

(*) 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)