**Erhebungsbogen**

**für EndoProthetikZentren**

**zur Zertifizierung von EndoProthetikZentren**

**als qualitätssichernde Maßnahme in der   
Behandlung von Gelenkerkrankungen**

Eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) mit Unterstützung der Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik (AE) in  
der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) und  
des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU)

**EndoProthetikZentrum**

**der Maximalversorgung**

**(EPZmax)**

**und**

**EndoProthetikZentrum**

**(EPZ)**

Version: 30.07.2024, P1

**Angaben zum EndoProthetikZentrum (der Maximalversorgung):**

|  |  |
| --- | --- |
| EndoProthetikZentrum, Name |  |
| Leitung des EPZ(max) |  |
| Zentrumskoordination |  |
| QM-Beauftragte/r |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Dieser Erhebungs- bogen ist gültig für | | |
|  |  |  |  |  |  |
| Standort 1 (Klinikum/Ort) |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Standort 2 (Klinikum/Ort) |  |  |  |  |

**QM-Systemzertifizierung (zur Zertifizierung des EPZ(max) nicht zwingend erforderlich)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| QM-Standard |  | ISO 9001 |  | KTQ |
|  |  | Weitere: |  | |
| Zertifizierungsstelle QM |  | | | |

**Übersicht angeschlossener Praxen:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bezeichnung angeschlossene Praxen / Anschrift (Straße / PLZ / Ort) | Leiter der Praxis | Externe (Senior-) Hauptoperateure |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Übersicht neu zugelassener Hauptoperateure sowie Weggänge von (Senior-) Hauptoperateuren:**

(Zeitraum: Kalenderjahr, worauf sich der Erhebungsbogen bezieht, und laufendes Jahr)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name (Senior-) Hauptoperateur (Senior-)  (Titel / Vorname / Nachname) | Datum Zugang | Datum Abgang |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Änderungen (Haupt-) Kooperationspartner:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bezeichnung Kooperationspartner / Anschrift  (Straße / PLZ / Ort) | Datum Zugang | Datum Abgang |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Erstellung / Aktualisierung**

Der elektronisch erstellte Erhebungsbogen dient als Grundlage für die Zertifizierung des EPZ(max). Die hier gemachten Angaben wurden hinsichtlich Korrektheit und Vollständigkeit überprüft.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Erstzertifizierung / Wiederholaudit | 1. Überwachungsaudit | 2. Überwachungsaudit |
|  |  |  |  |
| Änderung der Anforderung durch EndoCert | nur bei Wiederholaudit:  ja  nein | ja  nein | ja  nein |
|  |  |  |  |
| Die Daten zur Ergebnisqualität beziehen sich auf das Kalenderjahr |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Erstellungs-/ Aktualisierungsdatum des Erhebungsbogens |  |  |  |

**Inhaltsve****rzeichnis**

[2. Anforderungen an die Struktur 8](#_Toc120543707)

[2.1 Fallzahlen 8](#_Toc120543708)

[2.2. Personal 8](#_Toc120543709)

[2.2.1 Leiter des EPZ(max) 8](#_Toc120543710)

[2.2.2 Qualitätsmanagementbeauftragter 9](#_Toc120543711)

[2.2.3 Operateure 10](#_Toc120543712)

[2.3. Ausstattung 11](#_Toc120543713)

[2.3.1 OP-Abteilung 11](#_Toc120543714)

[2.3.2 Operativer Standort 11](#_Toc120543715)

[2.3.3 Intensivmedizinische Versorgung 12](#_Toc120543716)

[2.4. QM-System 13](#_Toc120543717)

[2.5. Institutionalisierte Besprechungen 13](#_Toc120543718)

[2.5.1 Allgemeine Anforderungen an die Besprechungen 13](#_Toc120543719)

[2.5.2 Allgemeine Patientenvorstellung 14](#_Toc120543720)

[2.5.3 Komplikationsbesprechung 15](#_Toc120543721)

[2.5.4 Tumorkonferenz 15](#_Toc120543722)

[2.6. Sprechstunden 16](#_Toc120543723)

[2.7. Kooperationen 17](#_Toc120543724)

[2.7.1 Kooperation mit niedergelassenen Ärzten 18](#_Toc120543725)

[2.7.2 Kooperation mit anderen EndoProthetikZentren 18](#_Toc120543726)

[2.7.3 Struktur des Zentrums 19](#_Toc120543727)

[2.8. Weiterbildung, Fortbildung 20](#_Toc120543728)

[2.8.1 Fortbildung für Hauptoperateure (und Senior-Hauptoperateure) 20](#_Toc120543729)

[3. Anforderungen an die Prozesse 21](#_Toc120543730)

[3.1. Kernprozesse 21](#_Toc120543731)

[3.1.1 Primärendoprothetik 21](#_Toc120543732)

[3.1.2 Wechsel- und Revisionsendoprothetik 22](#_Toc120543733)

[3.1.3 Endoprothetik im Rahmen akuter Frakturen ("Frakturendoprothetik") 23](#_Toc120543734)

[3.1.4 Komplikationsmanagement 23](#_Toc120543735)

[3.1.5 Patientenkommunikation 24](#_Toc120543736)

[3.2. Stützprozesse 25](#_Toc120543737)

[3.2.1 Bildgebende Diagnostik 25](#_Toc120543738)

[3.2.1.1 konventionelles Röntgen 25](#_Toc120543739)

[3.2.1.2 MRT 26](#_Toc120543740)

[3.2.1.3 CT 27](#_Toc120543741)

[3.2.1.4 Angiographie 28](#_Toc120543742)

[3.2.1.5 Sonographie 28](#_Toc120543743)

[3.2.2 Anästhesie 29](#_Toc120543744)

[3.2.3 Bestrahlungsmöglichkeit zur Ossifikationsprophylaxe 30](#_Toc120543745)

[3.2.4 Innere Medizin 30](#_Toc120543746)

[3.2.5 Gefäßchirurgische Versorgung 31](#_Toc120543747)

[3.2.6 Nuklearmedizin 32](#_Toc120543748)

[3.2.7 Pathologie 33](#_Toc120543749)

[3.2.8 Physiotherapie 33](#_Toc120543750)

[3.2.9 Sozialdienst 34](#_Toc120543751)

[3.2.10 Konsilwesen 35](#_Toc120543752)

[3.2.11 Technische Orthopädie 35](#_Toc120543753)

[3.2.12 Implantathersteller 36](#_Toc120543754)

[3.2.13 Öffentlichkeitsarbeit 37](#_Toc120543755)

[3.2.14 Logistik 37](#_Toc120543756)

[3.2.15 Gesetzliche Anforderungen und Leitlinien 38](#_Toc120543757)

[3.2.16 Versorgung mit Blut und Blutprodukten 39](#_Toc120543758)

[3.2.17 Mikrobiologie 40](#_Toc120543759)

[3.2.18 ZSVA / Sterilisation 40](#_Toc120543760)

[3.2.19 Neurologie 41](#_Toc120543761)

[4. Erfassung der Ergebnisqualität 42](#_Toc120543762)

[4.1. Patientenzufriedenheit 42](#_Toc120543763)

[4.1.1 Zufriedenheit mit dem unmittelbaren Versorgungsprozess 42](#_Toc120543764)

[4.1.2 Zufriedenheit mit Schmerzfreiheit, Funktion und Lebensqualität („Patient Reported Outcome Measures, PROMs“) 42](#_Toc120543765)

[4.2. Bewertung des Implantates 43](#_Toc120543766)

[4.2.1 Strukturmerkmale 43](#_Toc120543767)

[4.2.2 Implantat-Standzeit 44](#_Toc120543768)

[4.3. Häufigkeit von Komplikationen und Interventionen 45](#_Toc120543769)

[4.3.1 Postoperativer Verlauf 45](#_Toc120543770)

[6. Qualitäts- und Risikomanagement 45](#_Toc120543771)

[6.1. Ermittlung qualitätsrelevanter Daten 45](#_Toc120543772)

[6.2. Qualitätszirkel des EPZ(max) 46](#_Toc120543773)

[6.3. Risikomanagement 47](#_Toc120543774)

[7. Studien / wissenschaftliche Auswertung 47](#_Toc120543775)

# 2. Anforderungen an die Struktur

## 2.1 Fallzahlen

Die Methodik zur Ermittlung der Fallzahlen und der Zuordnung der Operateure ist darzustellen.

Für die Darstellung ist das Datenblatt zu nutzen.

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Ggf. weitere Erläuterungen: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

## 2.2. Personal

#### 2.2.1 Leiter des EPZ(max)

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

#### 2.2.2 Qualitätsmanagementbeauftragter

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

#### 2.2.3 Operateure

*Dokumentation*

Zur Erfüllung dieser Anforderung ist die Vorhaltung einer Datenbank geeignet, aus der die Nachweise bezüglich der Operateure unter Bezug auf den einzelnen Patienten abrufbar sind. Hierzu können ein vorhandenes KIS oder ähnliche Systeme genutzt werden. Für die Darstellung ist das Datenblatt zu nutzen.

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

## 2.3. Ausstattung

#### 2.3.1 OP-Abteilung

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

#### 2.3.2 Operativer Standort

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

#### 2.3.3 Intensivmedizinische Versorgung

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

## 2.4. QM-System

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

## 2.5. Institutionalisierte Besprechungen

#### 2.5.1 Allgemeine Anforderungen an die Besprechungen

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

#### 2.5.2 Allgemeine Patientenvorstellung

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

#### 2.5.3 Komplikationsbesprechung

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

#### 2.5.4 Tumorkonferenz

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

## 2.6. Sprechstunden

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

# 2.7. Kooperationen

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

#### 2.7.1 Kooperation mit niedergelassenen Ärzten

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

#### 2.7.2 Kooperation mit anderen EndoProthetikZentren

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

#### 2.7.3 Struktur des Zentrums

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

## 2.8. Weiterbildung, Fortbildung

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

#### 2.8.1 Fortbildung für Hauptoperateure (und Senior-Hauptoperateure)

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

# 3. Anforderungen an die Prozesse

## 3.1. Kernprozesse

#### 3.1.1 Primärendoprothetik

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

#### 3.1.2 Wechsel- und Revisionsendoprothetik

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

#### 3.1.3 Endoprothetik im Rahmen akuter Frakturen ("Frakturendoprothetik")

EPZ-Traumamodul konsentiert mit der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

#### 3.1.4 Komplikationsmanagement

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

#### 3.1.5 Patientenkommunikation

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

## 3.2. Stützprozesse

#### 3.2.1 Bildgebende Diagnostik

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

#### 3.2.1.1 konventionelles Röntgen

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

#### 3.2.1.2 MRT

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

#### 3.2.1.3 CT

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

#### 3.2.1.4 Angiographie

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

#### 3.2.1.5 Sonographie

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

#### 3.2.2 Anästhesie

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

#### 3.2.3 Bestrahlungsmöglichkeit zur Ossifikationsprophylaxe

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

#### 3.2.4 Innere Medizin

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

#### 3.2.5 Gefäßchirurgische Versorgung

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

#### 3.2.6 Nuklearmedizin

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

#### 3.2.7 Pathologie

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

#### 3.2.8 Physiotherapie

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

#### 3.2.9 Sozialdienst

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

#### 3.2.10 Konsilwesen

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

#### 3.2.11 Technische Orthopädie

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

#### 3.2.12 Implantathersteller

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

#### 3.2.13 Öffentlichkeitsarbeit

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

#### 3.2.14 Logistik

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

#### 3.2.15 Gesetzliche Anforderungen und Leitlinien

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

#### 3.2.16 Versorgung mit Blut und Blutprodukten

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

#### 3.2.17 Mikrobiologie

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

#### 3.2.18 ZSVA / Sterilisation

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

#### 3.2.19 Neurologie

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

# 4. Erfassung der Ergebnisqualität

## 4.1. Patientenzufriedenheit

#### 4.1.1 Zufriedenheit mit dem unmittelbaren Versorgungsprozess

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

#### 4.1.2 Zufriedenheit mit Schmerzfreiheit, Funktion und Lebensqualität („Patient Reported Outcome Measures, PROMs“)

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

## 4.2. Bewertung des Implantates

#### 4.2.1 Strukturmerkmale

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

#### 4.2.2 Implantat-Standzeit

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

## 4.3. Häufigkeit von Komplikationen und Interventionen

#### 4.3.1 Postoperativer Verlauf

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

# 6. Qualitäts- und Risikomanagement

## 6.1. Ermittlung qualitätsrelevanter Daten

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

## 6.2. Qualitätszirkel des EPZ(max)

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

## 6.3. Risikomanagement

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |

# 7. Studien / wissenschaftliche Auswertung

|  |  |
| --- | --- |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** | |
| Platz für Ihre Kommentierung: | |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** | **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): | keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben (auch bei Änderung der Anforderungen): |