SPEZIAL-QUALITÄTSBERICHTERSTATTUNG DES DRK KRANKENHAUSES MÖLLN-RATZEBURG

1. QualitätsBericht

des EndoProthetikZentrums Ratzeburg

G E S A M T B E R I C H T

Version 1.0

September 2019

Erstellt von:

DR. RER. MEDIC. F.-MICHAEL NIEMANN

Gesellschaft für Informationsmanagement und
Forschung im Gesundheitswesen **mbH & Co. KG**

Viehkamp 4
24226 Heikendorf bei Kiel
Tel.: (04 31) 23 78 295
Fax: (04 31) 23 78 294
eMail: dr-niemann@if-gesundheit.de
www.if-gesundheit.de

im Rahmen der Spezial-Qualitätsberichterstattung des DRK Krankenhauses Mölln Ratzeburg im Hinblick auf das EndoProthetikZentrum Ratzeburg

und in Abstimmung mit:

DR. MED. ANDREAS SCHMID, MAHM	Leiter der chirurgischen Klinik / Ärztlicher Direktor / Geschäftsführer Tel.: (0 45 41) 884 261 Fax: (0 45 41) 884 266 eMail: aschmid@drk-krankenhaus.de
PD DR. MED. PETER BENECKE	Chefarzt / Leiter des EPZ Ratzeburg Facharzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfall-chirurgie, spezielle Unfallchirurgie, Sportmedizin, Radiologie (fachbezogen) Tel.: (0 45 41) 884 261 Fax: (0 45 41) 884 266 eMail: aschmid@drk-krankenhaus.de
DANIELA FISCHER	Stellv. Verwaltungsleiterin, Leiterin Qualitätsmanagement Tel.: (0 45 41) 884 412 Fax: (0 45 41) 884 266 eMail: dfischer@drk-krankenhaus.de

Inhaltsverzeichnis

1 VORWORT 6

2 EINLEITUNG 7

2.1 DIE QUALITÄTSOFFENSIVE DER GESUNDHEITSPOLITIK 7
2.2 SPEZIAL-QUALITÄTSBERICHTERSTATTUNG DES DRK KRANKENHAUSES MÖLLN-RATZEBURG ALS EINE ANTWORT ZUR QUALITÄTSOFFENSIVE 10
2.3 DAS ENDOPROTHETIKZENTRUM DES DRK-KRANKENHAUSES MÖLLN-RATZEBURG 14

3 QUALITÄT AUS MEDIZINISCHER SICHT 15

3.1 QUALITÄTSBEURTEILUNG AUF DER GRUNDLAGE DER ERGEBNISSE DER EXTERNEN STATIONÄREN (VERGLEICHENDEN) QUALITÄTSSICHERUNG 15
3.1.1 EINFÜHRUNG 15
3.1.2 GRUNDSÄTZLICHES ZUR ERGEBNISANALYSE UND -AUFBEREITUNG 15
3.1.3 EXKURS: QUALITATIVE BEURTEILUNG DER GESUNDHEITSVERSORGUNG AUF DER GRUNDLAGE VON QUALITÄTSINDIKATOREN 17
3.1.4 ERGEBNISSE BZGL. DER HÜFTGELENKNAHEN FEMURFRAKTUR MIT OSTEOSYNTHETISCHER VERSORGUNG (MODUL 17/1 N1) 19
3.1.4.1 Ergebnisübersicht 19
3.1.4.2 Ausgewählte Ergebnisse im Krankenhausvergleich 19
3.1.5 ERGEBNISSE BZGL. DER HÜFTENDOPROTHESENVERSORGUNG (MODUL HEP) 25
3.1.5.1 Ergebnisübersicht 25
3.1.5.2 Ausgewählte Ergebnisse Im Krankenhausvergleich 25
3.2 QUALITÄTSBEURTEILUNG AUF DER GRUNDLAGE DER QUALITÄTSINDIKATOREN FÜR DIE ZERTIFIZIERUNG ALS ENDOPROTHETIKZENTRUM 32
3.2.1 EINLEITUNG 32
3.2.2 QUALITÄTSINDIKATOREN UND KENNZAHLEN FÜR DEN BEREICH HÜFTE 32
3.2.3 QUALITÄTSINDIKATOREN UND KENNZAHLEN FÜR DEN BEREICH KNIE 36

4 QUALITÄT AUS SICHT DER EINWEISER 40

4.1 EINFÜHRUNG 40
4.1.1 SINN UND ZWECK VON EINWEISERBEFRAGUNGEN 40
4.1.2 ERGEBNISAUFBEREITUNG - LESEANLEITUNG 40
4.2 BEWERTUNG AUSGEWÄHLTER ASPEKTE DER ZUSAMMENARBEIT 41
4.2.1 UMFANG 41
4.2.2 BEWERTUNG AUSGEWÄHLTER ASPEKTE DER EINWEISUNG / DES AUFNAHME-VERFAHRENS 42
4.2.3 BEWERTUNG AUSGEWÄHLTER ASPEKTE DER BEHANDLUNG UND DER ENTLASSUNG 42
4.3 ZUKÜNFTIGE ASPEKTE FÜR EINE EINWEISERBEFRAGUNG 44
4.3.1 UMFANG 44
4.3.2 BEDEUTUNG AUSGEWÄHLTER ASPEKTE DER EINWEISUNG / DES AUFNAHME-VERFAHRENS 44
4.3.3 ZUSAMMENFASSUNG DER WICHTIGEN ASPEKTE FÜR ZUKÜNFTIGE EINWEISERBEFRAGUNG 45
4.4 ERGEBNISSE PRIORITÄRER ASPEKTE 46
4.5 UMGANG MIT DEN ERGEBNISSEN 48

5 QUALITÄT AUS SICHT DER PATIENTEN 49

5.1 EINFÜHRUNG 49
5.1.1 PATIENTENORIENTIERUNG ALS BESONDERES MERKMAL DES EPZ 49
5.1.2 ZIELSETZUNG UND DURCHFÜHRUNGSPLANUNG 50
5.1.3 ERGEBNISSE DER PATIENTENBEFRAGUNGEN ZUM NACHLESEN 51
5.1.4 WIE SIND DIE VORLIEGENDEN ERGEBNISSE ZU VERSTEHEN? 52
5.2 AUSGEWÄHLTE ERGEBNISSE DER PATIENTENBEFRAGUNG ZUM ZEITPUNKT DER ENTLASSUNG 55
5.2.1 AUFNAHME AUF STATION 55
5.2.2 PFLEGERISCHE BETREUUNG AUF STATION 58
5.2.3 ÄRZTLICHE BETREUUNG AUF STATION 61
5.2.4 BEWERTUNG DES OPERATEURS UND DES NARKOSEARZTES 63
5.2.5 MÖGLICHKEIT DER MITSPRACHE UND EINFLUSSNAHME 65
5.2.6 ZUSAMMENARBEIT UND ZUFRIEDENHEIT MIT WEITEREN MITARBEITERN 67
5.2.7 UNTERBRINGUNG UND VERPFLEGUNG 69
5.2.8 ABSCHLIEßENDE BEURTEILUNG DES AUFENTHALTES 70
5.2.9 ERGEBNISBEWERTUNGEN 72
5.3 AUSGEWÄHLTE ERGEBNISSE DER PATIENTENBEFRAGUNG ZUM ZEITPUNKT 1 JAHR NACH DER ENTLASSUNG .. 74
5.3.1 RETROSPEKTIVE BEURTEILUNG DER ZUFRIEDENHEIT MIT DER BETREUUNG WÄHREND DES STATIONÄREN AUFENTHALTES 74
5.3.2 AKTUELLES BEFINDEN 76
5.3.3 GRUNDSÄTZLICHE ZUFRIEDENHEIT MIT DER BETREUUNG NACH DEM STATIONÄREN AUFENTHALT (WEITERBEHANDLUNG) 77
5.3.4 ERGEBNISBEWERTUNGEN 79
5.4 UMGANG MIT DEN ERGEBNISSEN DER PATIENTENBEFRAGUNGEN 82

6 ZUSAMMENFASSUNG 84

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3.1: Ergebnisse der esQS bzgl. des Qualitätsindikators „Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur > 24h bzw. > 48h“ 20
Abbildung 3.2: Ergebnisse der esQS bzgl. des Qualitätsindikators „Sturzprophylaxe“ 21
Abbildung 3.3: Ergebnisse der esQS bzgl. des Qualitätsindikators „Gehunfähigkeit bei Entlassung“ 22
Abbildung 3.4: Ergebnisse der esQS bzgl. des Qualitätsindikators „Gehunfähigkeit bei Entlassung – risikoadjustiert nach dem HÜFT-FRAK-Score“ 23
Abbildung 3.5: Ergebnisse der esQS bzgl. des Qualitätsindikators „Spezifische Komplikationen“ 24
Abbildung 3.6: Ergebnisse der esQS bzgl. des Qualitätsindikators „Indikation zur elektiven Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation“ 26
Abbildung 3.7: Ergebnisse der esQS bzgl. des Qualitätsindikators „Indikation zum Hüft-Endoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel“ 27
Abbildung 3.8: Ergebnisse der esQS bzgl. des Qualitätsindikators „Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme“ 28
Abbildung 3.9: Ergebnisse der esQS bzgl. des Qualitätsindikators „Sturzprophylaxe“ 29
Abbildung 3.10: Ergebnisse der esQS bzgl. des Qualitätsindikators „Spezifische intra-/postoperative Komplikationen - elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation“ 30
Abbildung 3.11: ZERT-Kennzahlen Hüfte für Endoprothetikzentren Ergebnisse des EPZ RZ für das Verfahrensjahr 2017: TEIL A 34
Abbildung 3.12: ZERT-Kennzahlen Hüfte für Endoprothetikzentren Ergebnisse des EPZ RZ für das Verfahrensjahr 2017: TEIL B 35
Abbildung 3.13: ZERT-Kennzahlen Hüfte für Endoprothetikzentren Ergebnisse des EPZ RZ für das Verfahrensjahr 2017: TEIL G 35
Abbildung 3.14: ZERT-Kennzahlen Knie für Endoprothetikzentren Ergebnisse des EPZ RZ für das Verfahrensjahr 2017: TEIL A 38
Abbildung 3.15: ZERT-Kennzahlen Knie für Endoprothetikzentren Ergebnisse des EPZ RZ für das Verfahrensjahr 2017: TEIL B 38
Abbildung 3.16: ZERT-Kennzahlen Knie für Endoprothetikzentren Ergebnisse des EPZ RZ für das Verfahrensjahr 2017: TEIL E 39
Abbildung 4.1: Bewertungsergebnisse ausgewählter Aspekte der Einweisung / des Aufnahmeverfahrens - Einweiserbefragung 2017 42
Abbildung 4.2: Bewertungsergebnisse ausgewählter Aspekte der Behandlung - Einweiserbefragung 2017 43
Abbildung 4.3: Bewertungsergebnisse ausgewählter Aspekte der Entlassung - Einweiserbefragung 2017 43
Abbildung 4.4: Bewertungsergebnisse ausgewählter Aspekte der Einweisung / des Aufnahmeverfahrens - Einweiserbefragung 2017 44
Abbildung 4.5: Bewertung vs. Bedeutung ausgewählter Aspekte der Behandlung - Einweiserbefragung 2017 46
Abbildung 4.6: Bewertung vs. Bedeutung ausgewählter Aspekte der Entlassung - Einweiserbefragung 2017 47
Abbildung 4.7: Bewertung vs. Bedeutung ausgewählter Aspekte bzgl. des Arztbriefes - Einweiserbefragung 2017 47
Abbildung 5.1: Inhalte des Fragebogens zum Zeitpunkt der Entlassung 50
Abbildung 5.2: Inhalte des Fragebogens zum Zeitpunkt 1 Jahr nach Entlassung 50
Abbildung 5.3: Ergebnisse (Scorewerte) hinsichtlich der Fragen zur Aufnahme auf Station 55
Abbildung 5.4: Kümmerer bei Ankunft auf Station 56

Abbildung 5.5: Genaue Informationen über den organisatorischen Ablauf auf Station 56
Abbildung 5.6: Schhnelle Mitteilung eines Ansprechpartners 56
Abbildung 5.7: Ausreichend Zeit für das Aufnahmegespräch durch den Arzt 57
Abbildung 5.8: Dauer der Aufnahme auf Station 57
Abbildung 5.9: Gesamtbeurteilung der Organisation / des Ablaufs des Aufnahmeverfahrens auf Station 57
Abbildung 5.10: Ergebnisse (Scorewerte) hinsichtlich der Fragen zur pflegerischen Betreuung auf Station 58
Abbildung 5.11: Freundlichkeit des Pflegepersonals 59
Abbildung 5.12: Fachkompetenz des Pflegepersonals 59
Abbildung 5.13: Zufriedenstellende Beantwortung der Fragen durch das Pflegepersonal 59
Abbildung 5.14: Betreuung und Unterstützung durch das Pflegepersonal insgesamt 60
Abbildung 5.15: Ergebnisse (Scorewerte) hinsichtlich der Fragen zur ärztlichen Betreuung auf Station 61
Abbildung 5.16: Freundlichkeit des ärztlichen Personals 62
Abbildung 5.17: Fachkompetenz des ärztlichen Personals 62
Abbildung 5.18: Zufriedenstellende Beantwortung der Fragen durch das ärztliche Personal 62
Abbildung 5.19: Betreuung und Unterstützung durch das ärztliche Personal insgesamt 63
Abbildung 5.20: Ergebnisse (Scorewerte) hinsichtlich der Bewertung des Operateurs - Teil 1 64
Abbildung 5.21: Ergebnisse (Scorewerte) hinsichtlich der Bewertung des Operateurs - Teil 2 64
Abbildung 5.22: Ergebnisse (Scorewerte) hinsichtlich der Bewertung des Narkosearztes 65
Abbildung 5.23: Ergebnisse (Scorewerte) hinsichtlich der Fragen zu Möglichkeiten der Mitsprache und Einflussnahme 65
Abbildung 5.24: Möglichkeit zur Meinungsäußerung zur geplanten Behandlung 66
Abbildung 5.25: Respekt gegenüber der eigenen Meinung 66
Abbildung 5.26: Ausreichende Einbeziehung in die Planung und Gestaltung der Behandlung 66
Abbildung 5.27: Ergebnisse (Scorewerte) hinsichtlich der Fragen zu Möglichkeiten der Mitsprache und Einflussnahme 67
Abbildung 5.28: Freundlichkeit zwischen dem Pflegepersonal und dem ärztlichen Personal auf Station 68
Abbildung 5.29: Kollegialität zwischen dem Pflegepersonal und dem ärztlichen Personal auf Station 68
Abbildung 5.30: Zusammenarbeit zwischen den an der Behandlung beteiligten Personen 68
Abbildung 5.31: Ergebnisse (Scorewerte) hinsichtlich der Bewertung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Funktionsbereiche hinsichtlich des Umgangs und der Betreuung 69
Abbildung 5.32: Ergebnisse (Scorewerte) hinsichtlich der Bewertung der hinterfragten Aspekte zur Unterbringung und Verpflegung 70
Abbildung 5.33: Ergebnisse (Scorewerte) hinsichtlich der Fragen zur abschließenden Beurteilung des Aufenthaltes 70
Abbildung 5.34: Bewertung des Aufenthaltes im EPZ Ratzeburg insgesamt 71
Abbildung 5.35: Weiterempfehlung des EPZ Ratzeburg 71
Abbildung 5.36: Wiederentscheidung für das EPZ Ratzeburg 71
Abbildung 5.37: Ergebnisbewertung: Schmerzen vor und nach Operation 72
Abbildung 5.38: Ergebnisbewertung: Steifigkeit vor und nach Operation 73
Abbildung 5.39: Ergebnisbewertung: Schwierigkeiten bei körperlichen Tätigkeiten vor und nach der Operation 73
Abbildung 5.40: Retrospektive Beurteilung der Zufriedenheit mit der Betreuung während des stationären Aufenthaltes – Verfahrensjahr 2018 74
Abbildung 5.41: Retrospektive Beurteilung der Zufriedenheit mit der Betreuung während des stationären Aufenthaltes – Scorewertevergleich Verfahrensjahr 2018 vs. Verfahrensjahr 2017 75
Abbildung 5.42: Retrospektive Beurteilung der Zufriedenheit mit der Betreuung während des stationären Aufenthaltes – Scorewertevergleich Hüfte vs. Knie, Zeitraum 2017- 2018 75
Abbildung 5.43: Bewertung des derzeitigen Gesundheitszustandes - Verfahrensjahr 2018 76

Abbildung 5.44: Bewertung der Veränderung des Gesundheitszustandes in den letzten 12 Monaten - Verfahrensjahr 2018 76
Abbildung 5.45: Grundsätzliche Zufriedenheit mit der Betreuung nach dem stationären Aufenthalt - Verfahrensjahr 2018 77
Abbildung 5.46: Grundsätzliche Zufriedenheit mit der Betreuung nach dem stationären Aufenthalt - Verfahrensjahr 2018 vs. Verfahrensjahr 2017 78
Abbildung 5.47: Weiterempfehlung des EPZ Ratzeburg im zeitlichen Vergleich 78
Abbildung 5.48: Zufriedenheit mit dem EPZ Ratzeburg insgesamt im zeitlichen Vergleich 79
Abbildung 5.49: Ergebnisbewertung: Schmerzen 4 Wochen nach Krankenhausentlassung vs. aktuelle Schmerzen - Verfahrensjahr 2018 80
Abbildung 5.50: Ergebnisbewertung: Steifigkeit 4 Wochen nach Krankenhausentlassung vs. aktuelle Steifigkeit – Verfahrensjahr 2018 80
Abbildung 5.51: Ergebnisbewertung: Schwierigkeiten bei körperlichen Tätigkeiten 4 Wochen nach Krankenhausentlassung vs. aktuelle Schwierigkeiten bei körperlichen Tätigkeiten – Verfahrensjahr 2018 81

Tabellenverzeichnis

Tabelle 3.1: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für den Bereich Hüfte im Rahmen der Zertifizierung als Endoprothetikzentrum 32
Tabelle 3.2: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für den Bereich Knie im Rahmen der Zertifizierung als Endoprothetikzentrum 36

Übersichtsverzeichnis

Übersicht 3.1: Zusammenhang zwischen Qualitätsmerkmal, Qualitätsindikator (Qualitätskennzahl), Referenzbereich und Qualitätsziel..... 18
Übersicht 3.2: Ergebnisse bzgl. der Qualitätsindikatoren zum Modul 17/1 N1: Hüftgelenknahen Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung..... 19
Übersicht 3.3: Ergebnisse bzgl. der Qualitätsindikatoren zum Modul HEP: Hüftendoprothesenversorgung 25
Übersicht 5.1: Zusammenhang zwischen Qualitätsmerkmal, Qualitätskennzahl und Qualitätsziel 52

Anhänge

Anhang 1: Graphische Aufbereitung der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren bzw. Qualitätskennzahlen bzgl. der hüftgelenknahen Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (Modul 17/1 N1)

Anhang 2: Graphische Aufbereitung der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren bzw. Qualitätskennzahlen bzgl. der Hüftendoprothesenversorgung (Modul HEP)

Anhang 3: Graphische Aufbereitung der Ergebnisse für die Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen für den Bereich Hüfte im Rahmen der Zertifizierung als Endoprothetikzentrum

Anhang 4: Graphische Aufbereitung der Ergebnisse für die Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen für den Bereich Knie im Rahmen der Zertifizierung als Endoprothetikzentrum

1 Vorwort

„Nur Kliniken mit größeren Fachabteilungen und mehr Patienten haben genügend Erfahrung für eine sichere Behandlung“ – so lautet eine der Kernaussagen der Bertelsmann-Studie, die eine „bessere Versorgung durch deutlich weniger Krankenhäuser“ suggeriert.

Ungeachtet der fehlenden Evidenz für diese Aussagen steht die wohnortnahe Versorgung als einer der wesentlichen Entscheidungsgründe der Patienten bei der Entscheidung für den Behandlungsort gegenüber.

Das Endoprothetikzentrum (EPZ) Ratzeburg respektive das DRK Krankenhaus Mölln-Ratzeburg ist ein Beispiel dafür, dass hervorragende Qualität auch in kleineren Krankenhäusern erbracht werden kann und demzufolge Qualität nicht unbedingt eine hinreichende Quantität - sprich Fallzahl - voraussetzt.

Dies möchten wir mit dem vorliegenden 1. Qualitätsbericht der EPZ Ratzeburg unter Beweis stellen.

Dieser erscheint zusätzlich zu dem vorliegenden **Gesamtbericht** auch in **Teilberichten**, um damit insbesondere die verschiedenen Zielgruppen des 1. Qualitätsberichtes der EPZ Ratzeburg spezifischer ansprechen zu können.

Im Einzelnen handelt es sich dabei um folgende Teilberichte

Teil 1: Das EndoProthetikZentrum Ratzeburg
vor dem Hintergrund der Qualitätsoffensive der Gesundheitspolitik

Teil 2: Qualität aus medizinscher Sicht

Teil 3: Qualität aus Sicht der Einweiser

Teil 4: Qualität aus Sicht der Patienten

Teil 5: Zusammenfassung

2 Einleitung

2.1 Die Qualitätsoffensive der Gesundheitspolitik

Krankenhausstrukturgesetz

Mit dem - zum 1. Januar 2016 in Kraft getretenen - Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz - KHSG) soll insbesondere auch die Qualität der Krankenhausversorgung gestärkt werden. Auf der Webseite des Bundesgesundheitsministeriums heißt es hierzu:

> *„Die Qualität der Krankenhausversorgung spielt zukünftig eine noch größere Rolle und wird noch strenger kontrolliert und konsequent verbessert. Qualität wird als Kriterium bei der Krankenhausplanung eingeführt. Die Verbindlichkeit der Qualitätssicherungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses wird gestärkt. Die Mindestmengenregelung wird nach den Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung rechtssicher ausgestaltet. Die Zahl der aus Qualitätsgründen durchgeführten klinischen Sektionen soll erhöht werden. Die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen wird erhöht. Bei der Krankenhausvergütung wird auch an Qualitätsaspekte angeknüpft. So werden Qualitätszu- und -abschläge für Leistungen eingeführt. Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser werden noch patientenfreundlicher gestaltet, damit Patienten leichter nutzbare Informationen zur Verfügung stehen. Zudem wird erprobt, ob durch einzelvertragliche Regelungen eine weitere Verbesserung der Qualität der Krankenhausversorgung möglich ist.“*

Aktuell sind erhebliche Bemühungen - allen voran durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) - festzustellen, um Qualität und Ökonomie - Stichwort „Pay for Performance (P4P)“ - in Einklang zu bringen.

Qualitätsmanagement-Richtlinie

Für die Zertifizierung von Krebszentren wie z.B. ein Brust(krebs)zentrum[1], ein Darm(krebs)zentrum oder ein Onkologisches Zentrum ist neben der Erfüllung der hierfür definierten fachlichen Anforderungen auch das **Vorhandensein eines zertifizierten Qualitätsmanagements** (QM) erforderlich. Anerkannt werden hierbei folgende Zertifizierungen:

- DIN ISO 9001
- KTQ (Kooperation durch Transparenz und Qualität)
- Joint Commission
- ProCum Cert

Bereits seit dem Jahr 2000 besteht auf der Grundlage des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) für die zur Patientenversorgung zugelassenen Krankenhäuser in Deutschland - unabhängig von jeglicher Zertifizierungsanforderungen - eine **gesetzliche Verpflichtung zur Einführung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements**.

Konkretisiert wurde diese Verpflichtung mit der **Vereinbarung** gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, die zum 01.10.2012 in Kraft getreten ist.

[1] Die Begriffe Brustzentrum und Brustkrebszentren werden oft synonym verwendet. In der Anfangsphase der Zertifizierung von Krebszentren gemäß der fachlichen Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft ist von Brust- bzw. Darmzentren die Rede gewesen – heute heißt es Brustkrebszentrum bzw. Darmkrebszentrum. Im Krankenhausplan Schleswig-Holstein ist dagegen weiterhin die Bezeichnung Brustzentrum in der Verwendung, obwohl eigentlich die Eigenschaft eines Brustkrebszentrums gemeint ist.

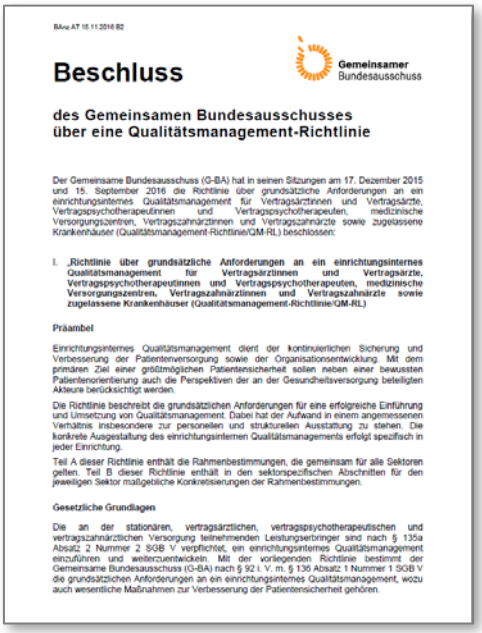
Diese zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen einschließlich des Bundesverbands der privaten Krankenversicherungen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft unter Beteiligung von Bundesärztekammer und Deutschem Pflegerat geschlossene Vereinbarung zielte darauf ab, eine umfassende, auf ethische und humanitäre Werte hin orientierte Qualitätskultur in der stationären Versorgung zu etablieren. Dabei sollen einzelne Qualitätsmanagementelemente wie Patientenorientierung, Verantwortung und Führung, Wirtschaftlichkeit, Prozessorientierung, Mitarbeiterbeteiligung, Zielorientierung und Flexibilität sowie die Einleitung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses miteinander verknüpft werden.

Seit dem 17.04.2014 regelt erstmals eine ***Richtlinie*** die Anforderungen an das krankenhausinterne („einrichtungsinterne“) Qualitätsmanagement.[2]

Diese Richtlinie ist vom Gemeinsamen Bundesauschuss in seinen Sitzungen am 17. Dezember 2015 und 15. September 2016 grundlegend als sektorenübergreifende QM-Richtlinie überarbeitet worden. Sie ist seit dem 16. November 2016 in Kraft und ersetzt damit die bisher gültigen sektorenspezifischen Richtlinien zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement.

Im Teil A dieser Richtlinie werden die **sektorenübergreifenden Rahmenbestimmungen** für die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement dargelegt. Sie umfassen folgende Aspekte:

- **Ziele des Qualitätsmanagements**
- **Grundlegende Methodik**
- **Grundelemente, und zwar:**
  - Patientenorientierung einschließlich Patientensicherheit
  - Mitarbeiterorientierung einschließlich Mitarbeitersicherheit
  - Prozessorientierung
  - Kommunikation und Kooperation
  - Informationssicherheit und Datenschutz
  - Verantwortung und Führung.
- **Methoden und Instrumente, wie:**
  - Messen und Bewerten von Qualitätszielen
  - Erhebung des Ist-Zustandes
  - Regelung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten



BAnz AT 16.11.2016 B2

Beschluss

Gemeinsamer Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Qualitätsmanagement-Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seinen Sitzungen am 17. Dezember 2015 und 15. September 2016 die Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL) beschlossen:

I. „Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL)

Präambel

Einrichtungsinternes Qualitätsmanagement dient der kontinuierlichen Sicherung und Verbesserung der Patientenversorgung sowie der Organisationsentwicklung. Mit dem primären Ziel einer größtmöglichen Patientensicherheit sollen neben einer bewussten Patientenorientierung auch die Perspektiven der an der Gesundheitsversorgung beteiligten Akteure berücksichtigt werden.

Die Richtlinie beschreibt die grundsätzlichen Anforderungen für eine erfolgreiche Einführung und Umsetzung von Qualitätsmanagement. Dabei hat der Aufwand in einem angemessenen Verhältnis insbesondere zur personellen und strukturellen Ausstattung zu stehen. Die konkrete Ausgestaltung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements erfolgt spezifisch in jeder Einrichtung.

Teil A dieser Richtlinie enthält die Rahmenbestimmungen, die gemeinsam für alle Sektoren gelten. Teil B dieser Richtlinie enthält in den sektorspezifischen Abschnitten für den jeweiligen Sektor maßgebliche Konkretisierungen der Rahmenbestimmungen.

Gesetzliche Grundlagen

Die an der stationären, vertragsärztlichen, vertragspsychotherapeutischen und vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer sind nach § 135a Absatz 2 Nummer 2 SGB V verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Mit der vorliegenden Richtlinie bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nach § 92 i. V. m. § 136 Absatz 1 Nummer 1 SGB V die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement, wozu auch wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit gehören.

---

[2] Richtlinien stellen die höchste Stufe von Verbindlichkeit dar. Ihnen folgen in weiteren Abstufungen Leitlinien und Empfehlungen. Konkret gilt:
Richtlinien sind von einer rechtlich legitimierten Institution konsensierte, schriftlich fixierte und veröffentlichte Regelungen des Handelns oder Unterlassens, die für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich zieht. Eine ähnliche Verbindlichkeit wie Richtlinien haben **Standards**, die als normative Vorgaben bezüglich der Erfüllung von Qualitätsanforderungen verstanden werden und durch ihre in der Regel exakte Beschreibung einen mehr technisch-imperativen Charakter haben.
Leitlinien sind systematisch entwickelte Hilfen zur Entscheidungsfindung über die angemessene Vorgehensweise bei speziellen Problemen. Sie stellen den nach einem definierten, transparent gemachten Vorgehen erzielten Konsens mehrerer Experten aus unterschiedlichen Fachbereichen und Arbeitsgruppen zu bestimmten Vorgehensweisen dar. Sie sind wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Handlungsempfehlungen. Methodische Instrumente sind zum Beispiel Konsensuskonferenzen, Therapiestudien und Metanalysen. Leitlinien sind Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungskorridoren“, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss. Sie werden regelmäßig auf ihre Gültigkeit hin überprüft und ggf. fortgeschrieben.
Empfehlungen und **Stellungnahmen** wollen die Aufmerksamkeit auf änderungsbedürftige und beachtenswerte Sachverhalte lenken. Ein **Memorandum** dient mit seinem Inhalt der umfassenden Information und Aufklärung. Seine Inhalte sollen für die Urteilsbildung über den aktuellen Stand des Wissens, ggf. auch über veraltetes Wissen, von Nutzen sein.

- Prozess- und Ablaufbeschreibungen
- Schnittstellenmanagement
- Checklisten
- Teambesprechungen
- Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
- Patientenbefragungen
- Mitarbeiterbefragungen
- Beschwerdemanagement
- Patienteninformation und -aufklärung
- Risikomanagement
- Fehlermanagement und Fehlermeldesysteme.

- **Dokumentation**
- **Erhebung und Darlegung des Stands der Umsetzung und Weiterentwicklung von einrichtungsinternem Qualitätsmanagement**
- **Übergangsregelungen**

Im Teil B werden dann noch spezielle sektorenspezifische Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement formuliert.

Strukturierte Qualitätsberichte

Bereits 2005, d. h. mit der Einführung einer Pflicht zur Qualitätsberichtserstattung für Krankenhäuser, verfolgte der Gesetzgeber das übergreifende Ziel, die Transparenz über die Qualität der Versorgung in den stationären Einrichtungen zu verbessern. Das heißt, interessierte Personen, wie Patienten, ihre Angehörigen sowie behandelnde Ärzte, sollten - insbesondere im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung - auf diese Weise Zugriff auf unabhängige und aussagekräftige Informationen über Art, Umfang und Qualität der Leistungen von Krankenhäusern erhalten.

Damit sollte eine Grundlage sowohl für die vergleichende Darstellung und Empfehlungen über die Versorgungsqualität im Krankenhaus als auch eine wesentliche Voraussetzung für eine echte Auswahlentscheidung von Patienten zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern. geschaffen werden.

Gleichzeitig erhielt das Krankenhaus selbst die Möglichkeit, die gewonnenen Erkenntnisse für das interne Qualitätsmanagement und die kontinuierliche Verbesserung zu nutzen und seine Leistungsfähigkeit professionell nach außen darzustellen.

Seit 2013 sind alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser verpflichtet, jährlich einen strukturierten Qualitätsbericht auf Standortbasis zu erstellen. Zuvor war die Erstellung des Qualitätsberichts alle 2 Jahre verpflichtend für die Krankenhäuser.[3]

[3] Die gesetzliche Grundlage ist im § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V verankert. Dort wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die Aufgabe übertragen, Inhalte, Umfang und Datenformat der Berichte zu definieren und den Prozess der Übermittlung und Annahme zu strukturieren. Eine entsprechende Arbeitsgruppe im G-BA, die sich aus Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Patientenorganisationen zusammensetzt, arbeitet kontinuierlich an der inhaltlichen und technischen Weiterentwicklung des Berichts. Unterstützt wird die Gruppe von weiteren Beteiligten (Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesärztekammer und des Deutschen Pflegerats) sowie externen Dienstleistern.

2.2 Spezial-Qualitätsberichterstattung des DRK Krankenhauses Mölln-Ratzeburg als eine Antwort zur Qualitätsoffensive

Erster Schritt: Qualitätstransparenz

Ungeachtet der Diskussion um die Umsetzbarkeit von P4P gibt es durchaus einen breiten Konsens dahingehend, dass durch mehr Transparenz bezüglich der Qualität der Leistungserbringung insbesondere patientenseitig bei der Wahl des Behandlungsortes eine stärkere Orientierung am Aspekt Qualität erfolgen kann. Ein Beispiel hierfür ist der Klinikführer Rhein-Ruhr. In einer Studie haben WÜBKER, SAUERLAND UND WÜBKER (2008) den Klinikführer des Initiativkreises Ruhrgebiet einer Funktionsprüfung unterzogen.

Die drei wichtigsten Ergebnisse:

1. Kliniken, die im Klinikführer Rhein-Ruhr freiwillig ihr Leistungsspektrum darstellen und sich einer Bewertung stellen, haben mehr Patienten als die Krankenhäuser, die nicht enthalten sind.
2. Die, die im Klinikführer gut abschneiden, können ihren Marktanteil ausbauen, die anderen verlieren Patienten.
3. Häuser, die schlecht bewertet werden, können überwiegend Patienten aus der direkten Umgebung gewinnen.[4]

Der Klinikführer Rhein-Ruhr gehört damit zu einem der positiven Instrumente des sogenannten ***Public-Reporting***, die von EMMERT u.a. (2012) im Hinblick auf die Auswirkungen veröffentlichter Qualitätsdaten auf die Patientensteuerung untersucht wurden.[5] Die Autoren gelangen bei dieser Untersuchung auch zur Auffassung, dass aufgrund der im deutschen Gesundheitswesen überwiegend vorhandenen Wahlfreiheit bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen der Effekt von PR-Instrumenten größer ausfalle als dies bislang im US-Raum der Fall gewesen ist.

In der Kombination erfolgsorientierter Vergütung und Public Reporting sieht die Techniker Krankenkasse einen wesentlichen Erfolgsfaktor für das Konzept „P4P“ – verstanden als Instrument zur Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen.

In einer im September 2013 erschienenen Studie der Boston Consulting Group verweisen die Autoren darauf, dass Länder, die Qualitätstransparenz in den Mittelpunkt stellen und eine Infrastruktur dafür aufbauen, die beste Qualität und höchste Effizienz haben. Sie schlagen daher für das deutsche Gesundheitswesen einen bundesweiten Qualitätswettbewerb vor, der das Patientenwohl in den Mittelpunkt stellt.[6] Als zentrale Säule dieses Wettbewerbs, so die Autoren, ist die Qualitätstransparenz zu sehen.

Soll die bessere und erfolgreichere Versorgung belohnt werden, müssen sich die Patientinnen und Patienten für die besten Leistungsanbietenden entscheiden können, so die Gesundheitspolitische Kommission der Heinrich-Böll-Stiftung. Und weiter: *Dies können sie aber nur, wenn sie auch erkennen können, welche Leistungserbringenden bzw. Gemeinschaften von Leis-*

[4] Wübker, Ansgar, Dirk Sauerland, Achim Wübker (2008): Wie Qualitätsinformationen die Krankenhauswahl beeinflussen – eine empirische Untersuchung. Diskussionspapier N. 15 Wissenschaftliche Hochschule Lahr

[5] Emmert, M., R Gemza, O. Schöffski, S. Sohn (2012): Public Reporting im Gesundheitswesen: Auswirkungen veröffentlichter Qualitätsdaten auf die Patientensteuerung Gesundheitswesen 2012, Seite 387-388.

[6] Grosch, B. et al. (2013): Qualitätswettbewerb. Chancen für Deutschlands Gesundheitssystem. The Boston Consulting Group. Berlin

tungserbringenden besser und erfolgreicher sind als andere. Dazu brauchen sie Qualitätsmerkmale, die dieses messen können, z.B. inwieweit die Einhaltung von Mindeststandards gewährleistet bzw. übertroffen wird und welche Erfolge über die Zeit erreicht werden.

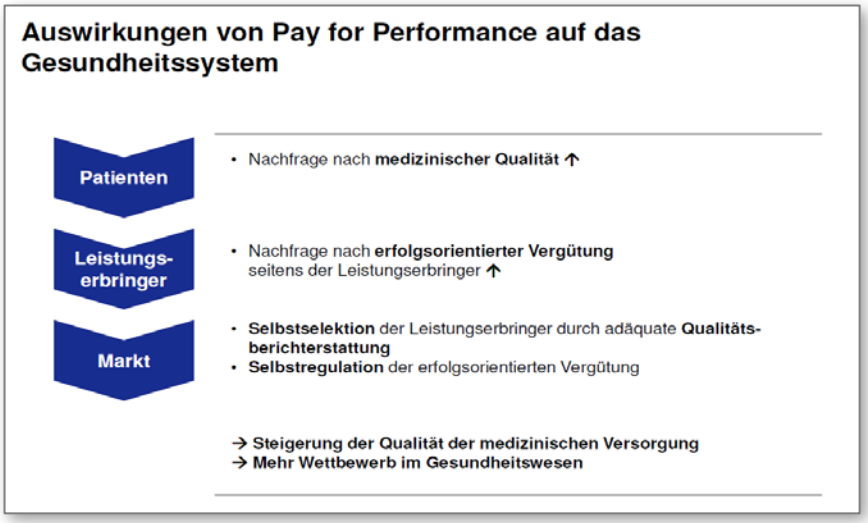
Herausforderung: adäquate Generierung und Aufbereitung von Qualitätsinformationen für eine nutzerorientierte Qualitätsberichterstattung

Als ein solches Instrument haben sich die gesetzlichen Qualitätsberichte und die darauf basierenden sogenannten Klinikführer bisher nicht erwiesen. So ist zwar seit der ersten Veröffentlichung der Strukturierten Qualitätsberichte nach § 137 SGB V im Jahr 2005 im Internet ein regelrechter „Wildwuchs“ von Klinikführern zu beobachten – aktuell existieren mehr als 60 sogenannte Klinikführer. Sie alle erheben den Anspruch, vorrangig die Patienten über das Leistungsangebot der Kliniken zu informieren und gleichzeitig als Orientierungshilfe bei der Auswahl des richtigen Krankenhauses zu dienen. Bei näherer Betrachtung - so eine Bewertung der KGSH zu ausgewählten Klinikführern - fällt jedoch auf, dass der eigentliche patientenseitige Informationsbedarf von den verschiedenen Anbietern wenig bis gar nicht gedeckt wird.[7]

Die notwendige Voraussetzung für die Darstellung der Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern / Kliniken ist die Verfügbarkeit von geeigneten nutzer- und nutzungsorientierten Qualitätsinformationen. Für eine Orientierung und Entscheidungsfindung - gerade bei der Wahl des „richtigen“ Krankenhauses - müssen diese Qualitätsinformationen zudem vergleichbar sein oder vergleichbar gemacht werden.

Für die interne Verwendung von Qualitätsinformationen - vorrangig zum Erkennen von Verbesserungsbedarf - sind andere Anforderungen an die Aufbereitung der Daten erforderlich.

Sowohl für das Public Reporting als auch für die interne Verwendung sind im besonderen Maße fach- und sachgerechte Kompetenzen in der statistischen Datenanalyse und Datenaufbereitung erforderlich. Insbesondere für das Public Reporting sind dabei die Nutzerinteressen zu ermitteln und adäquat zu berücksichtigen.



In einer ***adäquaten Qualitätsberichterstattung*** sieht OBERENDER (2013) ein entscheidendes Instrument zur Selbstselektion der Leistungserbringer gerade auch im Kontext von P4P.[8]

[7] Petersen, U.; A. Kaminski; A. Jackson: Analyse aktueller Klinikführer: Was bringen sie dem Patienten? das krankenhaus 11/2007. 1112-1117

[8] Oberender, P. (2013): Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen – von der Quantität zur Qualität. Vortrag bei der gesundheitspolitischen Veranstaltung der B52-Verbändekooperation am 10.07.2013 in Stuttgart.

„Qualitätsoffensive“ der Gesundheitspolitik versus Eigeninitiative in Sachen Qualitätskennzahlen und -transparenz

Nicht zuletzt durch das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) kommt insbesondere Qualitätskennzahlen eine zunehmend stärkere Bedeutung zu.

Zur Realisierung dieser gesetzlichen Vorgabe bedarf es geeigneter Qualitätskennzahlen. Von besonderem Interesse in der Diskussion um P4P dürfte es dabei sein, inwieweit die Beurteilung der Qualität aus Sicht der Patienten - v.a. in ihrer Rolle als Leistungsempfänger einer Behandlung - eine adäquate Berücksichtigung findet. Dass Patienten ein besonderes Gespür für Krankenhausqualität haben, ist unlängst durch eine Studie der Weißen Liste und der Universität Witten/Herdecke festgestellt worden.[9]

Studie attestiert Patienten ein Gespür für Klinikqualität

„Eine **hohe Qualität** bei der Versorgung im Krankenhaus wirkt sich **positiv** auf die **Zufriedenheit der Patienten** aus. Zu diesem Ergebnis kommt eine aktuelle Studie der Weissen Liste und der Universität Witten/Herdecke. Darin wurde untersucht, welche Struktur- und Qualitätsmerkmale eines Krankenhauses tatsächlich Einfluss auf die Patientenzufriedenheit haben. Die Studie habe Ergebnisse internationaler Untersuchungen bestätigt, wonach **Patienten meist selbst gut einschätzen könnten, ob die Qualität einer Klinik stimme**, heißt es in der Pressemitteilung der Weissen Liste. Dies wiederum unterstreiche den Ansatz der Weissen Liste und ihrer Partner AOK und Barmer GEK, bei der Information über Krankenhäuser den Erfahrungen von Patienten einen hohen Stellenwert zu geben, sagte der Projektleiter „Krankenhaus-suche" der Weissen Liste und einer der Studienautoren, Marcel Weigand. **Es sei daher wichtig, die Patientenperspektive als ein Qualitätsmerkmal der Krankenhausversorgung stärker zu berücksichtigen**.

Laut der Studie wirke sich zum Beispiel auch eine **höhere Personalausstattung** positiv auf die **Zufriedenheit der Patienten** aus. Die Meinung von Kritikern, dass die Zufriedenheit der Patienten nur durch äußere Faktoren wie **Hotel-Leistungen** beeinflusst würde, konnte mit der Untersuchung **nicht** bestätigt werden, heißt es in der Pressemitteilung weiter.

Für die Querschnittsstudie wurden Daten aus den Strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser in Deutschland und Befragungsdaten analysiert, die mit dem sogenannten Patients‘ Experience Questionnaire (PEQ) erhoben wurden. Es waren nur Krankenhäuser in die Analyse eingeschlossen, denen zum Zeitpunkt der Erhebung mindestens 75 PEQ-Fragebögen vorlagen – insgesamt 999 Krankenhäuser mit 300.200 Bewertungen.“
[Quelle: Bibliomedmanager 10/2016]

Darlegung der Qualität aus Sicht der Patienten als Wettbewerbsvorteil

Vor diesem Hintergrund kommt der Durchführung von v.a. kontinuierlichen Patientenbefragungen von Patienten mit einer onkologischen Erkrankung eine große Bedeutung insbesondere dann zu, wenn diese kontinuierlichen Befragungen auch zu verschiedenen Zeitpunkten erfolgen. Die dort gewonnenen Informationen lassen sich dann im Rahmen einer Spezial-Qualitätsberichterstattung aufbereiten. Mithin würde so - gemäß OBERENDER (2013) - „ein entscheidendes Instrument zur Selbstselektion der Leistungserbringer gerade auch im Kontext von P4P“ etabliert werden können.

Grundlage für eine systematische Spezial-Qualitätsberichterstattung einschließlich eines systematischen Qualitätsmonitorings bildet ein **adäquates Kennzahlensystem** zu v.a. qualitativen Aspekten des betrachteten Themenfeldes. Im Vordergrund für die Etablierung und den Betrieb eines derartigen Kennzahlensystems steht sinnvollerweise zunächst die **Nutzung vorhandener Datenquellen**.

Spezial-Qualitätsberichte des DRK Krankenhauses Mölln-Ratzeburg

Mit der Beschreibung ausgewählter Qualitätsaspekte auf der Grundlage bestehender Datenquellen im Rahmen der zielgruppenorientierten Spezial-Qualitätsberichte ist ein deutlich anderer Fokus beabsichtigt als mit den gesetzlich geforderten Strukturierten Qualitätsberichten,

[9] https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/hex.12485
Kraska, R.A., Weigand, M., Geraedts, M.: Associations between hospital characteristics and patient satisfaction in Germany. Health Expect. 2016, 20(4), 593-600. https://doi.org/10.1111/hex.12485

die seit ihren ersten Veröffentlichungen im Jahre 2005 bis heute mehr eine Beschreibung von Quantitäten als von Qualitäten darstellen.

Im besonderen Fokus steht dabei - neben der Qualitätsbeurteilung aus Sicht der „Leistungserbringer“ (Qualität aus medizinischer Sicht) - die Qualitätsbeurteilung aus Sicht der „Leistungsempfänger“ (Qualität aus Sicht der Patienten).

Unter Berücksichtigung der jeweiligen thematischen Ausrichtung zielen die Spezial-Qualitätsberichte des DRK Krankenhauses auf folgende **Zielgruppen** ab:

- Patienten, Angehörige von Patienten, potentielle Patienten
- niedergelassene Ärzte
- Kooperationspartner
- Krankenhausträger
- Mitarbeitern des DRK Krankenhauses Mölln-Ratzeburg
- Krankenkassen
- interessierte Öffentlichkeit.

Qualitätsberichterstattung (QBE):
Ein in sich geschlossenes auf ***Kennzahlen*** basierendes Informations- und Berichtssystem zur umfassenden, problem- und handlungsorientierten Darstellung des v.a. qualitativen und - soweit erforderlich - quantitativen Leistungsgeschehens in der gesundheitlichen Versorgung unter Einbeziehung aller Komponenten der unmittelbaren und mittelbaren Leistungserbringung. Wesentliche Elemente sind hierbei das ***Interne Reporting*** für die Auseinandersetzung mit den Ergebnissen innerhalb der Institution im Rahmen des Qualitätsmanagements und dem Ableiten von Konsequenzen, soweit sich diese aus den Ergebnissen ergeben, und das ***Public Reporting***, d.h. die öffentlichkeitswirksame und zielgruppenorientierte Aufbereitung und Zurverfügungstellung der Ergebnisse zum Beispiel in Form von (Spezial-) Qualitätsberichten.

2.3 Das EndoProthetikZentrum des DRK-Krankenhauses Mölln-Ratzeburg

Wenn konservative oder alternative operative Maßnahmen zur Behandlung eines fortgeschrittenen Gelenkverschleißes keine Besserung mehr versprechen, kann nahezu jedes Gelenk ersetzt werden. Die künstlichen Gelenke sollen die natürlichen Bewegungsabläufe unterstützen und ihre volle Funktionsfähigkeit über einen langen Zeitraum garantieren. Patienten, die durch Schmerz und Bewegungsunfähigkeit stark eingeschränkt sind, können so ein weitgehend normales Leben führen.

Hüftgelenkersatz

Pro Jahr werden bundesweit 200.000 Hüftgelenke eingesetzt. Zehn Jahre nach der Operation funktionieren noch rund 95% dieser Gelenke. Je nachdem wie ausgeprägt das Gelenk beschädigt ist, kommen verschiedene Implantationstechniken und Implantat-Typen infrage. In einem persönlichen Gespräch beraten wir Sie, welches Vorgehen im Einzelfall empfehlenswert ist.

Kniegelenkersatz

Wir verwenden je nach individueller Situation sogenannte Oberflächenprothesen, gekoppelte Endoprothesen oder modulare Sondermodelle bei fortgeschrittener Verformung des Gelenkes mit großem Knochenverlust oder für Wechseloperationen. Die Oberflächenersatzprothesen stellen eine Art Überkronung des Gelenkes dar, wobei nur wenig Knochen entfernt werden muss. Eine maßgefertigte Anpassung ist möglich.

Schultergelenkersatz

Chronische Schulterschmerzen können Sie in Ihren Aktivitäten einschränken, von Ihren alltäglichen Aufgaben abhalten und Ihnen nachts den Schlaf rauben. Wenn die Beschwerden auch durch konservative Behandlungsmöglichkeiten nicht behoben werden können, sollte mit dem Arzt ein operativer Eingriff erwogen werden. Der Ersatz eines Schultergelenks kann Patienten, die an chronischen Schulterschmerzen leiden, Hoffnung geben. Heute nutzen Chirurgen moderne Techniken und Materialien, um Schmerzen zu lindern und die Mobilität von Patienten wiederherzustellen.

Unser Qualitätsanspruch: Nachgewiesene Qualität bei ausgeprägter Patientenorientierung.

Im April 2014 wurde unsere Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie als EndoProthetik-Zentrum anerkannt. Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) verfolgt konsequent das Ziel, die Patientensicherheit und Versorgungsqualität zu erhöhen. Die strukturellen Vorgaben und die Standards im Bereich der Hygiene und der Handhabung von Medizinprodukten werden jährlich überprüft, angepasst und aktualisiert.

Neben der Darlegung der Qualität aus medizinischer Sicht ist uns ein besonderes Anliegen auch die Qualität aus Sicht der Patientinnen und Patienten des EndoprothetikZentrums (EPZ) Ratzeburg darzustellen.

Weitere Informationen zum EPZ Ratzeburg finden sich auf der Homepage des DRK-Krankenhauses Mölln-Ratzeburg:
https://www.drk-krankenhaus.de/fachabteilungen/orthopaedie/endoprothetikzentrum/.

3 Qualität aus medizinischer Sicht

3.1 Qualitätsbeurteilung auf der Grundlage der Ergebnisse der externen stationären (vergleichenden) Qualitätssicherung

3.1.1 Einführung

Für das DRK Krankenhaus Mölln-Ratzeburg besteht die Verpflichtung zur Teilnahme an der sogenannten externen stationären Qualitätssicherung - vormals externe vergleichende Qualitätssicherung genannt. Grundlage hierfür ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesauschusses gemäß § 137 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern – QSKH-RL).

Für den Bereich der Endoprothetik kommen dabei folgende Module zum Tragen:

- Modul 17/1: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
- Modul HEP: Hüftendoprothesenversorgung
- Modul KEP: Knie-Endprothesenversorgung
- Follow-up-Indikatoren
  Modul HEP: Hüftendoprothesenversorgung
- Follow-up-Indikatoren
  Modul KEP: Knieendoprothesenversorgung.

Zielsetzung der externen stationären (vergleichenden) Qualitätssicherung:
Orientiert am Nutzen für die Patientinnen und Patienten verfolgen Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Krankenhausleistungen insbesondere folgende Ziele:

a) Durch Erkenntnisse über Qualitätsdefizite Leistungsbereiche systematisch zu identifizieren, für die Qualitätsverbesserungen erforderlich sind.
b) Unterstützung zur systematischen, kontinuierlichen und berufsgruppenübergreifenden einrichtungsinternen Qualitätssicherung (internes Qualitätsmanagement) zu geben.
c) Vergleichbarkeit von Behandlungsergebnissen, insbesondere durch die Entwicklung von Indikatoren, herzustellen.
d) Durch signifikante, valide und vergleichbare Erkenntnisse insbesondere zu folgenden Aspekten die Qualität von Krankenhausleistungen zu sichern und zu verbessern:
   - Ergebnisqualität
   - Indikationsstellung für die Leistungserbringung
   - Angemessenheit der Leistung
   - Erfüllung der strukturellen und sächlichen Voraussetzungen zur Erbringung der Leistungen
   - die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten zu stärken

Quelle:
Richtlinie des Gemeinsamen Bundesauschusses gemäß § 137 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern – QSKH-RL) – zuletzt geändert am 21. Juni 2018.

In Anlehnung an die seit dem Jahr 2007 seitens des Brustzentrums Herzogtum Lauenburg / östliches Hamburg (**Bz^{HzgtL}/$_{öHH}$**) zum Modul 18/1 Mammachirurgie jährlich durchgeführte systematische Ergebnisanalyse und -aufbereitung der von der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung (ProQS) bei der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein e.V. (KGSH) aufbereiteten Ergebnisse der externen stationären (vergleichenden) Qualitätssicherung erfolgt auch für das EPZ Ratzeburg eine entsprechende Analyse für die in Frage kommenden Module aus dem Bereich Endoprothetik.

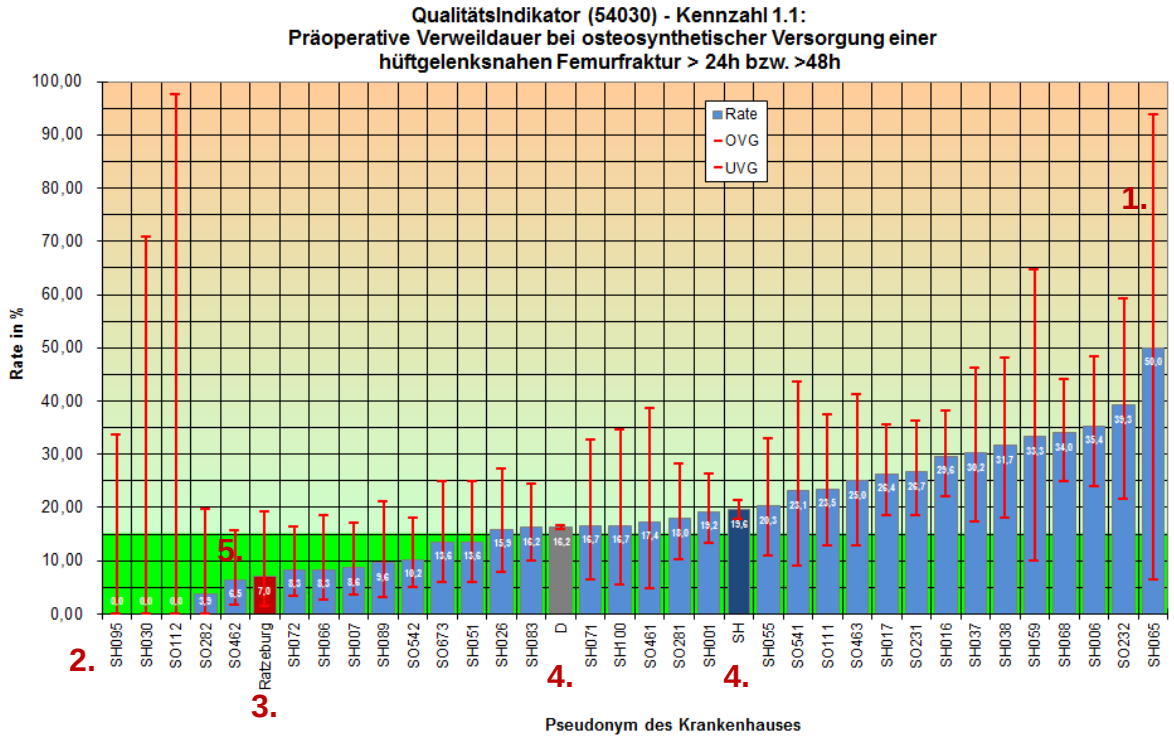
Im Folgenden wird die Ergebnisanalyse und -aufbereitung auszugsweise für das Verfahrensjahr 2017 dargestellt.

3.1.2 Grundsätzliches zur Ergebnisanalyse und -aufbereitung

Im Rahmen der systematischen Ergebnisanalyse und -aufbereitung der von der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung (ProQS) bei der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein

e.V. (KGSH) zur Verfügung gestellten Ergebnisse der externen stationären (vergleichenden) Qualitätssicherung zu den Modulen für den Bereich Endoprothetik werden im EPZ Ratzeburg alle in Frage kommenden Qualitätsmerkmale respektive Qualitätsindikatoren bzw. Qualitätskennzahlen - modulweise - wie folgt graphisch aufbereitet:

1. Zu allen als Raten dargestellten Qualitätsindikatoren sind die zugehörigen Konfidenzintervalle angegeben:
   Die Raten sind als Säulen dargestellt. Konfidenzintervalle sind durch die obere Vertrauensgrenze (OVG) und untere Vertrauensgrenze (UVG) sowie die zugehörige Spannweitenlinie gekennzeichnet.[10]
2. Die Krankenhausergebnisse sind benchmarkmäßig sortiert dargestellt:
   Das „beste“ Ergebnis ist links und das „schlechteste“ Ergebnis ist rechts.[11]
3. Die Ergebnisse des DRK-Krankenhauses Mölln-Ratzeburg sind als dunkelrote Säule farblich gekennzeichnet.
4. Zusätzlich sind die Durchschnittswerte für Schleswig-Holstein (dunkelblaue Säule) sowie der Bundesdurchschnittswert (graue Säule) angegeben.
5. Die jeweiligen Referenzbereiche (= Unauffälligkeitsbereiche) sind - soweit definiert - grün schraffiert dargestellt.



[10] Gerade die Fähigkeit „Unterschiede zuverlässig entdecken zu können“ verlangt besondere Hilfestellung seitens der Statistik. Dies geschieht beispielsweise durch die Verwendung von Konfidenzintervallen, auch Vertrauensbereiche genannt. Hierdurch erfolgt im Wesentlichen eine Berücksichtigung der dem Ergebnis zugrundeliegenden Fallzahl. Vereinfacht ausgedrückt bedeutet dies, je größer die zugrundeliegende Fallzahl, desto geringer die Breite des Konfidenzintervalls und desto zuverlässiger das Ergebnis. Die Breite des Konfidenzintervalls wird dabei durch die untere Vertrauensgrenze (UVG) und obere Vertrauensgrenze (OVG) bestimmt.
Im Rahmen von Krankenhausvergleichen gilt dann: Nur bei sich nicht überlappenden Konfidenzintervallen liegen ***Hinweise*** für *statistisch* signifikante Abweichungen vor.

[11] Bei gleichen Werten entscheidet die zugrundeliegende Fallzahl bzw. die Größe des Konfidenzintervalls über die Reihenfolge.

3.1.3 Exkurs: Qualitative Beurteilung der Gesundheitsversorgung auf der Grundlage von Qualitätsindikatoren

„Die zuverlässige und genaue Bestimmung der Qualität medizinischer Leistungen stellt eine obligatorische Voraussetzung jeglicher Bemühungen um Qualitätsverbesserungen im Gesundheitswesen dar.“[1][2][13]

Vor diesem Hintergrund gehören **Qualitätsindikatoren** mittlerweile zu den wichtigsten Mess- und Bewertungsinstrumenten in der Gesundheitsversorgung. Ein Qualitätsindikator zeigt dabei zunächst die Qualität nur an (z.B. in Zahlen), er ist selbst jedoch kein direktes Maß für Qualität (Sens et al. 2007). Indikatoren messen den Erfüllungsgrad von relevanten Qualitätsanforderungen, z. B. in Bezug auf die Effektivität der Versorgung, die Patientensicherheit, die Patientenorientierung und den Zugang zur Versorgung bzw. deren Koordination (AQUA 2012). Mit Hilfe von Qualitätsindikatoren können die verschiedenen Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gemessen werden (Donabedian 1966). Sie sollen Rückschlüsse auf das Behandlungsergebnis bzw. die Qualität der Behandlung möglich machen (Stausberg et al. 2011).

Ein Indikator ist ein quantitatives Maß, welches zum Monitoring und zur Bewertung der Qualität wichtiger Leitungs-, Management-, klinischer und unterstützender Funktionen genutzt werden kann, die sich auf das Behandlungsergebnis beim Patienten auswirken. Ein Indikator ist kein direktes Maß der Qualität. Er ist mehr ein Werkzeug, das zur Leistungsbewertung benutzt werden kann, das Aufmerksamkeit auf potentielle Problembereiche lenken kann, die einer intensiven Überprüfung innerhalb einer Organisation bedürfen könnten (JCAHO 1990, Übersetzung Sens et al. 2007).

Qualitätsindikatoren sind also **Anzeiger** für gute Qualität in Medizin und Pflege. Eine andere Bezeichnung für Qualitätsindikator ist klinische Messgröße. Sie zeigen für wichtige Behandlungsschritte, ob und wie häufig diese eingesetzt worden sind (Prozessindikatoren) und für Behandlungsergebnisse, ob und wie häufig erwünschte oder unerwünschte Ergebnisse eingetreten sind (Ergebnisindikatoren).

Qualitätsindikatoren beziehen sich daher immer nur auf bestimmte Schritte oder Teilergebnisse der Behandlung. Deshalb ist es wichtig zu wissen, dass die Qualität einer Behandlung nicht nur mit einem einzigen Qualitätsindikator gemessen werden kann, sondern dass dazu mehrere, aufeinander abgestimmte Qualitätsindikatoren verwendet werden müssen.

Um verwertbare Aussagen zu liefern, muss ein Qualitätsindikator bestimmte methodische Eigenschaften erfüllen: er muss wichtige Aussagen zur Behandlung liefern, er muss genau und zuverlässig messen und er muss praktisch gut einsetzbar sein.

Zu einem Qualitätsindikator können eine oder mehrere **Qualitätskennzahlen** gehören. Dadurch kann der von dem Qualitätsindikator beobachtete Behandlungsschritt oder das beobachtete Ergebnis unter verschiedenen Gesichtspunkten beleuchtet werden.

Beispielsweise stehen für einen Qualitätsindikator, der Wundentzündungen nach einer Operation betrachtet, mehrere Qualitätskennzahlen zur Verfügung. Eine der Kennzahlen zeigt, wie

[12] Zorn U, Ollenschläger G. (1999) Qualitätsbestimmung in der medizinischen Versorgung – ein universelles Entwicklungsschema für Qualitätsindikatoren, Z. ärztl. Fortbild. Qual.sich. (ZaeFQ) 93: 123–128.

[13] Der nachfolgende Text auf dieser Seite ist entnommen aus:
GQMG-Positionspapier „ Anwendung von Qualitätsindikatoren in der medizinischen Versorgung“ 05.06.2016

viele Wundinfektionen bei allen behandelten Patienten aufgetreten sind. Eine weitere Kennzahl zeigt, wie viele Wundinfektionen bei Patienten mit besonders hohem Risiko, eine solche Entzündung zu entwickeln, aufgetreten sind.

Ein ***Prozessindikator*** zeigt für wichtige Schritte bei der Behandlung (Prozesse), ob und wie häufig diese Schritte eingesetzt worden sind. Für einen guten Prozessindikator muss nachgewiesen sein, dass die Durchführung dieses Schrittes zu einem besseren Behandlungsergebnis führt.

Beispiel: Es ist wissenschaftlich belegt, dass bei der Behandlung der Lungenentzündung die Sterblichkeit niedriger ist, wenn frühzeitig ein Antibiotikum gegeben wird. Der Qualitätsindikator misst daher, wie oft bei der Behandlung der Lungenentzündung innerhalb der ersten 8 Stunden Antibiotika verabreicht werden.

Ein ***Ergebnisindikator*** misst die Qualität des Behandlungsergebnisses. Er zeigt, wie oft ein gewünschtes, manchmal auch ein unerwünschtes Behandlungsergebnis, festgestellt wird.

Der **Referenzbereich** unterscheidet auffällige von unauffälligen Krankenhausergebnissen. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs sind auffällig und sollten - beispielsweise im Strukturieren Dialog - analysiert werden.

Der **Vertrauensbereich** soll angeben, wie genau der eigentliche Ergebniswert wirklich die Realität abbilden kann. Ein großer Vertrauensbereich deutet darauf hin, dass diese Sicherheit gering ist, etwa wegen geringer Fallzahlen. In der Regel wird der 95-Prozent-Vertrauensbereich angegeben. Er gibt an, in welchem Bereich sich das tatsächliche Ergebnis unter Berücksichtigung des Zufalls mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% befindet. Das spielt eine Rolle, wenn versucht werden soll, die Krankenhäuser nach der Qualität zu sortieren (engl. ranking). Nur wenn sich die 95%-Vertrauensbereiche zweier Krankenhäuser nicht überlappen, kann gesagt werden, dass sich die Krankenhäuser mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit tatsächlich im Ergebnis unterscheiden.

Ein wesentlicher Faktor bei der Beurteilung der gesundheitlichen Versorgung durch Qualitätsindikatoren ist die **Zielorientierung**.

Mit der Festlegung von Qualitätszielen werden zum einen Qualitätsmerkmale benannt; aber erst durch die Operationalisierung von Qualitätszielen durch Qualitätsindikatoren respektive Qualitätskennzahlen werden Qualitätsmerkmale beurteilbar, v.a. hinsichtlich der Zielerreichung – vorgeben durch einen Referenzbereich (Übersicht 3.1).

Qualitätsindikator (Qualitätskennzahl)	⇔	**Qualitätsmerkmal**	⇔	**Qualitätsziel**
Komplikationsrate = Patienten mit postoperat. Komplikation / alle Patienten	⇔	Postoperative Komplikation	⇔	***selten*** postoperative Komplikationen
0 bis unter 5 Prozent **Referenzbereich**				

Übersicht 3.1: Zusammenhang zwischen Qualitätsmerkmal, Qualitätsindikator (Qualitätskennzahl), Referenzbereich und Qualitätsziel

3.1.4 Ergebnisse bzgl. der hüftgelenknahen Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (Modul 17/1 N1)

3.1.4.1 Ergebnisübersicht

Für das Verfahrensjahr 2017 sind insgesamt 15 Qualitätsindikatoren und 3 Auffälligkeitskriterien betrachtet worden. Eine Übersicht über die Ergebnisse des DRK-Krankenhauses Mölln-Ratzeburg im Vergleich zum Durchschnittsergebnis aller in Schleswig-Holstein an diesem Verfahren teilnehmenden Krankenhäuser und im Vergleich zum Durchschnittsergebnis aller in Deutschland an diesem Verfahren teilnehmenden Krankenhäuser ist mit der Übersicht 3.2 gegeben.

Externe stationäre Qualitätssicherung
Modul 17n1: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Verfahrensjahr 2017

ausgewertet und aufbereitet durch:
K&N
Gesellschaft für Informationsmanagement und Forschung im Gesundheitswesen mbH & Co. KG

Stand: 27.06.2019

Ergebnisübersicht

Qualitätsindikator			ZIEL	Referenzbereich	Ergebnisse		
QI-ID	Bezeichnung gemäß ProQS bei der KGSH	Ausprägung			Ratzeburg	S-H	D
54030	QM(1) Präoperative Verweildauer bei ostheosynthetischer Versogung einer hüftgelenksnahen Femurfraktur >24h bzw. >48h	Rate	0%	<= 15%	7,0%	19,6%	16,2%
54030	QM(1a) Präoperative Verweildauer bei ostheosynthetischer Versogung einer hüftgelenksnahen Femurfraktur >24h	Rate	0%	<= 15%	5,4%	20,2%	16,7%
54030	QM(1b) Präoperative Verweildauer bei ostheosynthetischer Versogung einer hüftgelenksnahen Femurfraktur >48h bei antithrombotischer Dauertherapie	Rate	0%	<= 15%	16,7%	12,6%	12,9%
54050	QM(54050) Sturzprophylaxe	Rate	100%	>= 80%	100,0%	95,2%	92,6%
54032	QM(3) Gehunfähigkeit bei Entlassung	Rate	0%	nicht definiert	6,5%	17,2%	18,1%
54033	QM(3v) Patienten mit Gehfähigkeit bei Entlassung risikoadjustiert nach HÜFT-FRAK-Score	O / E		<= 2,32 (95%-Perzentil)	0,32	1,03	1,08
54029	QM(54029) Spezifische Komplikationen	Rate	0%	<= 4,37% (95%-Perzentil)	0,0%	0,9%	1,2%
54035	QM(5) Implantatfehllage, Implantatdislokation oder Fraktur	Rate	0%	nicht definiert	0,0%	0,8%	0,7%
54036	QM(5v) Patienten mit Implantatfehllage, Implantatdislokation oder Fraktur risikoadjustiert nach HÜFT-FRAK-Score	O / E		<= 4,92 (95%-Perzentil)	0,00	1,10	0,96
54039	QM(7) Wundhämatome / Nachblutungen	Rate	0%	nicht definiert	2,3%	0,3%	0,8%
54040	QM(7v) Patienten mit Wundhämatomen / Nachblutungen risikoadjustiert nach HÜFT-FRAK-Score	O / E		<= 3,54 (95%-Perzentil)	2,08	0,24	0,73
54041	QM(8) Allgemeine postoperative Komplikationen	Rate	0%	nicht definiert	7,0%	6,7%	9,6%
54042	QM(8v) Allgemeine postoperative Komplikationen risikoadjustiert nach HÜFT-FRAK-Score	O / E		<= 2,29 (95%-Perzentil)	0,62	0,74	1,00
54045	QM(10) Sterblichkeit im Krankenhaus	Rate	0%	nicht definiert	7,0%	3,5%	4,7%
54046	QM(10v) Todesfälle risikoadjustiert nach HÜFT-FRAK-Score	O / E		<= 2,02 (95%-Perzentil)	1,15	0,80	1,00
	QM2D Auffälligkeitskriterium - Angabe von ASA 5			Zähler = 0	0 (0/43)		
	QM3D Auffälligkeitskriterium - Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur			Zähler = 0	0 (0/0)		
	QM4D Auffälligkeitskriterium - Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von Komplikationen			<= 80%	0,0%	85,1%	

Übersicht 3.2: Ergebnisse bzgl. der Qualitätsindikatoren zum Modul 17/1 N1: Hüftgelenknahen Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Danach liegen mit einer Ausnahme alle Ergebnisse des DRK-Krankenhauses Mölln-Ratzeburg – soweit definiert – innerhalb der Referenzbereiche.

3.1.4.2 Ausgewählte Ergebnisse im Krankenhausvergleich

Nachfolgend sind die graphischen Aufbereitungen für folgende Qualitätsmerkmale respektive Qualitätsindikatoren dargestellt:

- Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur > 24h bzw. > 48h
- Sturzprophylaxe
- Gehunfähigkeit bei Entlassung
- Spezifische Komplikationen

3.1.4.2.1 *Krankenhausvergleich zum Qualitätsindikator Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur > 24h bzw. > 48h*

Im Verfahrensjahr 2017 gehört das Ergebnis des DRK Krankenhauses Mölln-Ratzeburg bzgl. des Qualitätsindikators „Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur > 24h bzw. > 48h“ zu den eindeutig unauffälligen Ergebnissen (siehe Abbildung 3.1).

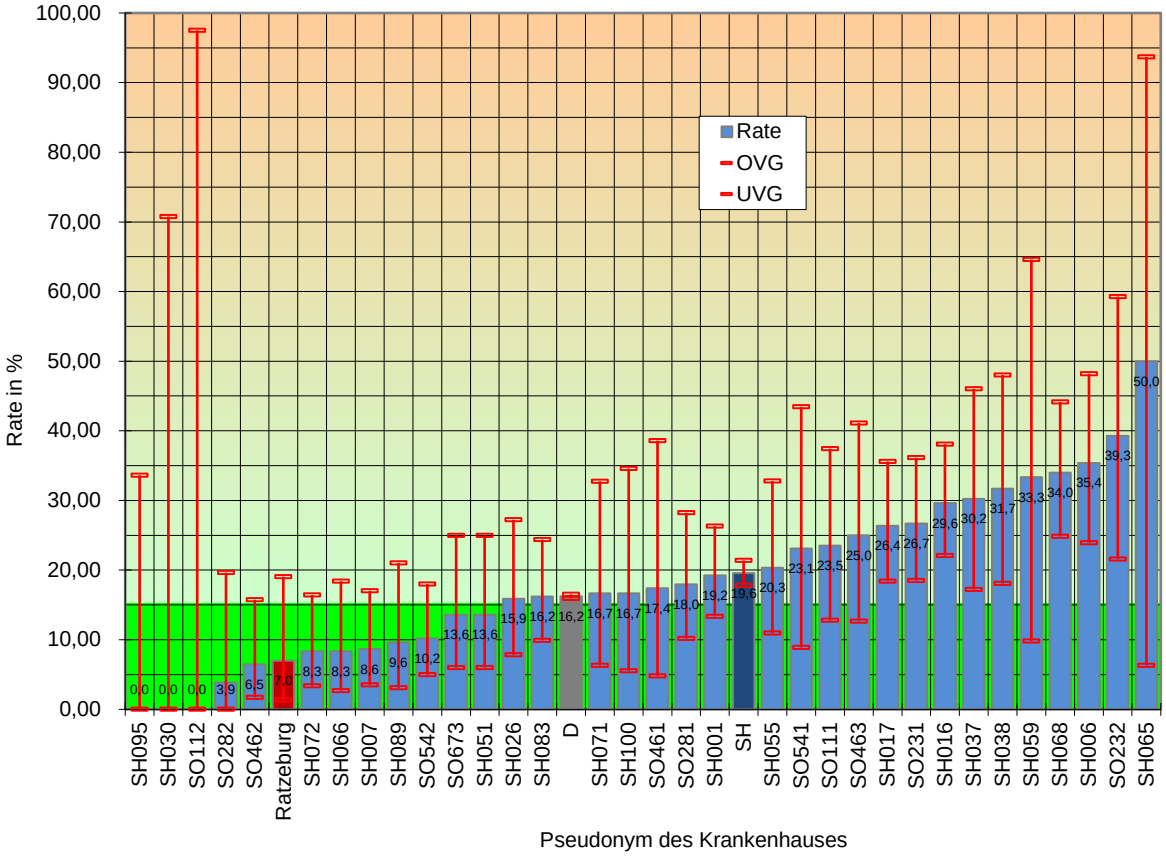


Abbildung 3.1: Ergebnisse der esQS bzgl. des Qualitätsindikators „Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur > 24h bzw. > 48h“

Im Krankenhausvergleich rangiert das DRK Krankenhaus Mölln-Ratzeburg bei einem Wert von 7,0% auf Rang 6.[14] Damit gehört das DRK Krankenhaus Mölln-Ratzeburg zu den 13 Krankenhäusern in Schleswig-Holstein, deren Ergebnisse innerhalb des Referenzbereichs liegen.

Bei 21 Krankenhäuser liegen die Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs und sind daher rechnerisch als auffällig anzusehen. Für acht Krankenhäuser Schleswig-

Qualitätsmerkmal „Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur > 24h bzw. >48h“

Zähler:	Patienten mit osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen ohne antithrombotische Dauertherapie durch direkte Thrombininhibitoren oder sonstige Antikoagulanzien, bei denen die Operation später als 24 Stunden nach der Aufnahme oder der nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte ODER Patienten mit antithrombotischer Dauertherapie durch direkte Thrombininhibitoren oder sonstige Antikogulanzien (z.B. Rivaroxaban), bei denen die Operation später als 48 Stunden nach Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte.
Nenner (= Grundgesamtheit):	Alle Patienten ab 20 Jahre
Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100% (= Rate)	
Qualitätsziel:	Kurze präoperative Verweildauer
Referenzbereich:	2017: <= 15%
Indikatortyp:	Prozessindikator

[14] Bezogen auf den Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur > 24h“ nimmt das DRK Krankenhauses Mölln-Ratzeburg bei einem Wert von 5,4% sogar Rang 5 ein und zählt auch hier zu den 13 von 34 Krankenhäusern in Schleswig-Holstein, deren Ergebnisse innerhalb des Referenzbereichs liegen.

Holsteins ergeben sich dabei Hinweise auf statistische Signifikanz hinsichtlich der Abweichung ihres Ergebnisses zum Referenzbereich, da ihre Ergebnisse einschließlich des zugehörigen Vertrauensbereiches außerhalb des Referenzbereiches liegen.

3.1.4.2.2 Krankenhausvergleich zum Qualitätsindikator Sturzprophylaxe

Auch hinsichtlich des Qualitätsindikators „Sturzprophylaxe“ zählt das DRK Krankenhaus Mölln-Ratzeburg im Verfahrensjahr 2017 zu den Krankenhäusern Schleswig-Holsteins mit eindeutig unauffälligen Ergebnissen (siehe Abbildung 3.2).

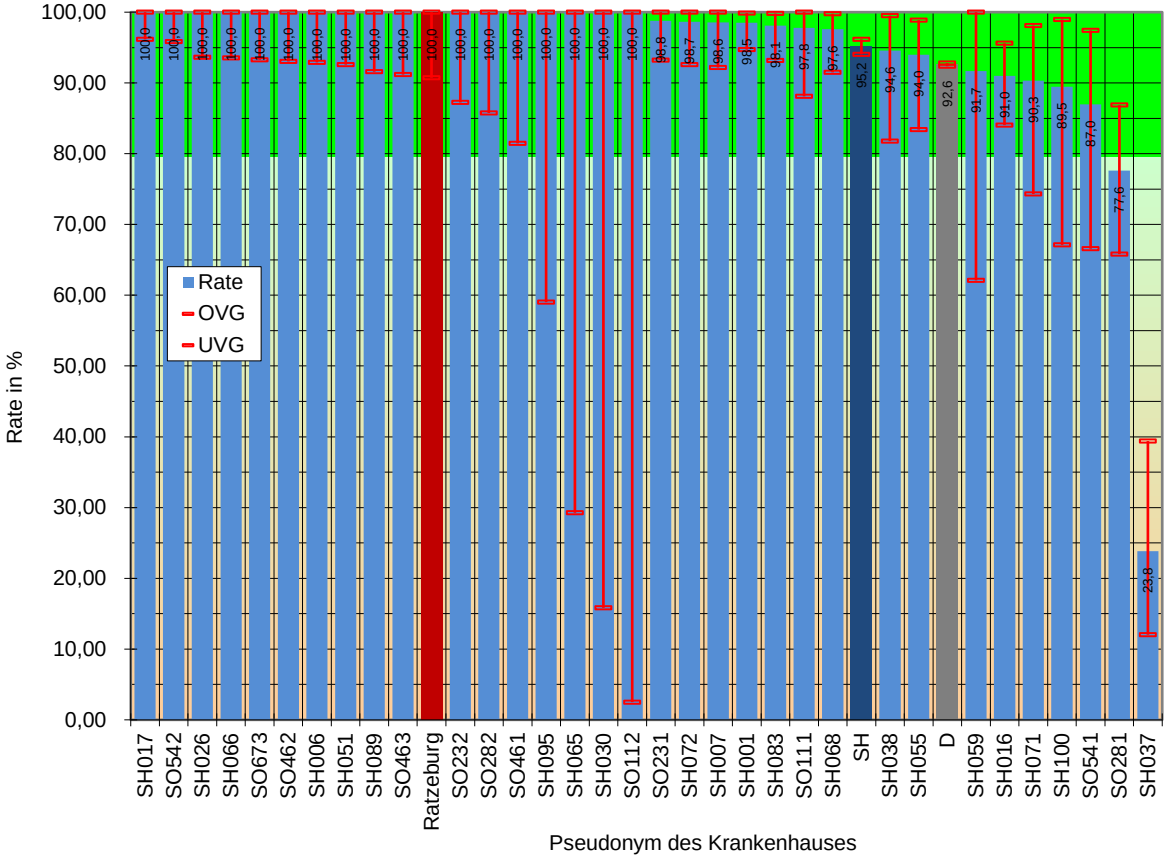


Abbildung 3.2: Ergebnisse der esQS bzgl. des Qualitätsindikators „Sturzprophylaxe“

Im Krankenhausvergleich rangiert das DRK Krankenhaus Mölln-Ratzeburg hier auf Rang 11 und gehört damit zu den 18 Krankenhäusern Schleswig-Holsteins, die das mit dem Qualitätsmerkmal verbundene Qualitätsziel zu 100% erfüllen. Für insgesamt 34 Krankenhäuser in Schleswig-Holstein liegt das Ergebnis innerhalb des Referenzbereichs. Lediglich bei zwei Krankenhäusern liegen die Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs und sind daher rechnerisch als auffällig anzusehen – für ein Krankenhaus liegt das Ergebnis sogar einschließlich des zugehörigen Vertrauensbereiches außerhalb des Referenzbereiches. Für dieses wie auch für zwei weitere Krankenhäuser ergeben sich zudem Hinweise auf statistische Signifikanz hinsichtlich der Abweichung ihrer Ergebnisse im Vergleich zu dem Bestergebnis.

Qualitätsmerkmal „Sturzprophylaxe“

Zähler:	Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen) ergriffen wurden.
Nenner (= Grundgesamtheit):	Alle Patienten ab 65 Jahren mit einer osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfraktur
Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100% (= Rate)	
Qualitätsziel:	Möglichst hoher Anteil an Patienten, bei denen das individuelle Sturzrisiko strukturiert erfasst wurde und Maßnahmen zur Sturzprophylaxe eingeleitet wurden.
Referenzbereich:	2017: >= 80%
Indikatortyp:	Prozessindikator

3.1.4.2.3 Krankenhausvergleich zum Qualitätsindikator „Gehunfähigkeit bei Entlassung“

Das mit diesem Qualitätsmerkmal respektive Qualitätsindikator verbundene Qualitätsziel „Möglichst selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung“ wird vom DRK Krankenhaus Mölln-Ratzeburg im Verfahrensjahr 2017 nahezu uneingeschränkt erreicht. (siehe Abbildung 3.3).

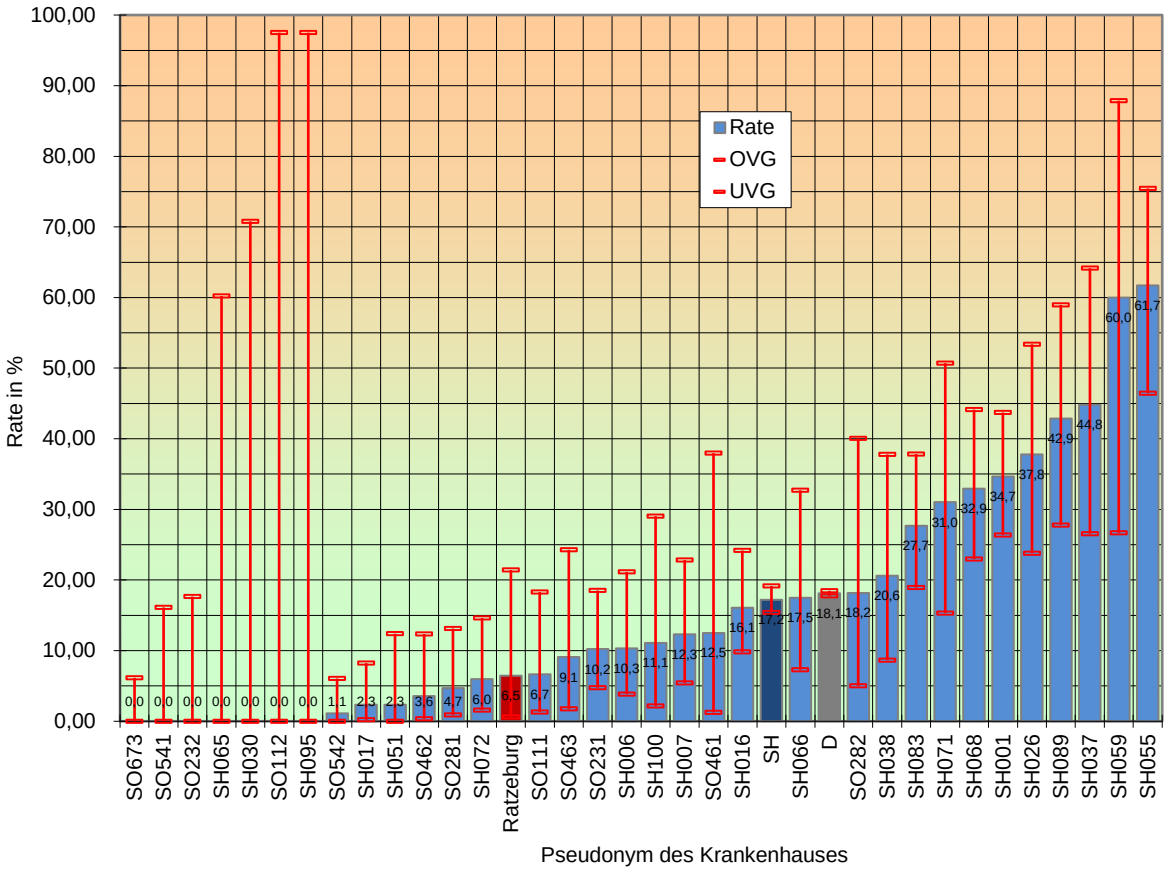


Abbildung 3.3: Ergebnisse der esQS bzgl. des Qualitätsindikators „Gehunfähigkeit bei Entlassung“

Im Krankenhausvergleich rangiert das DRK Krankenhaus Mölln-Ratzeburg bei einem Wert von 6,5% auf Rang 14 und liegt damit klar vor dem Durchschnittswert für Schleswig-Holstein und dem für Deutschland insgesamt.[15] Im Krankenhausvergleich ist zudem eine große Streuung zwischen dem „besten“ Krankenhaus mit einem Wert von 0% und dem „schlechtesten“ Krankenhaus mit einem Wert von 61,7% festzustellen. Für 12 Krankenhäuser Schleswig-Holsteins ergeben sich dabei Hinweise auf statistische Signifikanz hinsichtlich der Abweichung ihres Ergebnisses im Vergleich zu dem Bestergebnis.

Qualitätsmerkmal „Gehunfähigkeit bei Entlassung“

Zähler:	Patienten, die bei der Entlassung nicht selbständig gehfähig waren.
Nenner (= Grundgesamtheit):	Alle Patienten die bei Aufnahme gehfähig waren und lebend entlassen wurden.
Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100% (= Rate)	
Qualitätsziel:	Möglichst selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung.
Referenzbereich:	nicht definiert
Indikatortyp:	Ergebnisindikator

[15] Hierbei gilt es auch zu berücksichtigen, dass das Ergebnis bei vier von sieben Krankenhäusern mit einer Rate von 0% auf einer sehr geringen Fallzahl beruht, die deutlich unter der Fallzahl des DRK-Krankenhauses Mölln-Ratzeburg liegt. Diese Ergebnisse sind - statistisch gesehen - von geringerem Aussagewert.

Eine weitere Variante bei der Betrachtung dieses Qualitätsmerkmals respektive Qualitätsindikators liegt in der Betrachtung des Verhältnisses der beobachteten Rate und der aufgrund einer Adjustierung nach dem logistischem HÜFT-FRAK-Score zu erwartenden Rate.

Im Krankenhausvergleich rangiert das DRK Krankenhaus Mölln-Ratzeburg bei einem Wert von 0,32 auf Rang 13 und liegt damit auch hier klar vor dem Durchschnittswert für Schleswig-Holstein und dem für Deutschland insgesamt (siehe Abbildung 3.4). Der - eindeutig innerhalb des Referenzbereiches liegende - Wert von 0,32 bedeutet zudem auch, dass die beobachtete (= tatsächliche) Rate knapp 70% unter der zu erwartenden Rate liegt. Auch hier also ein gutes Ergebnis für das DRK Krankenhaus Mölln-Ratzeburg.

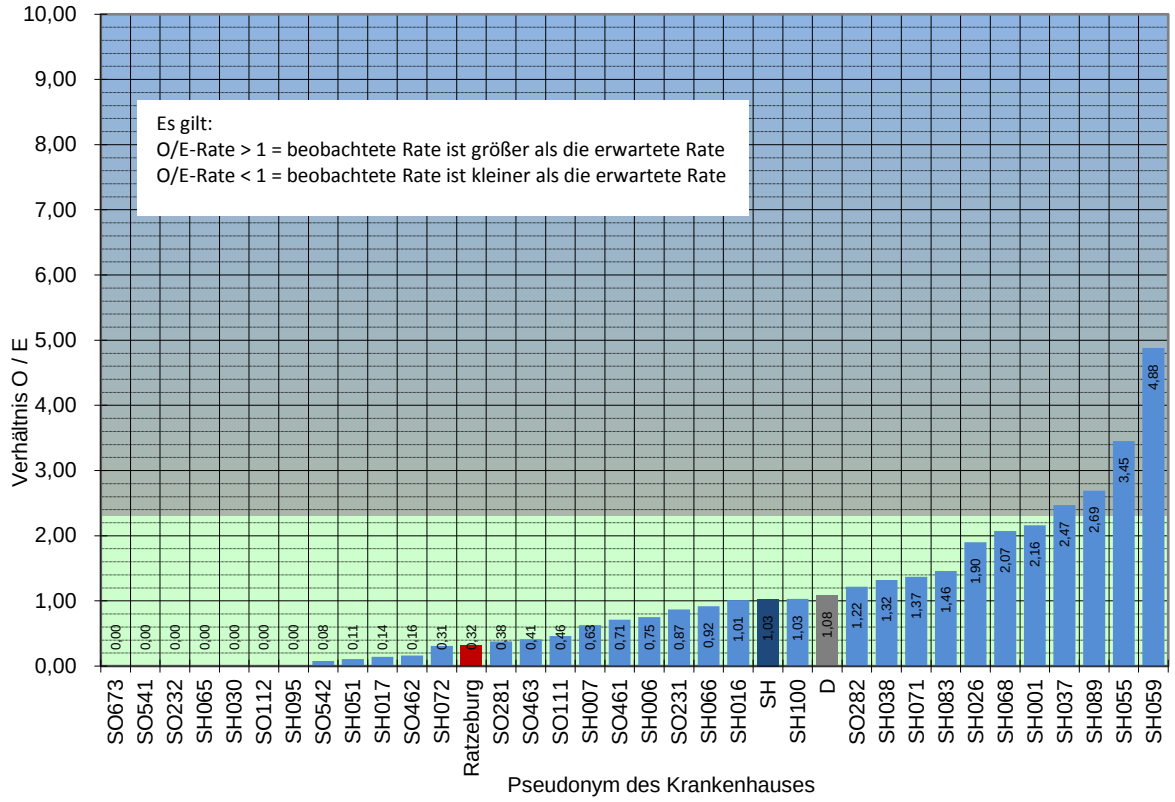


Abbildung 3.4: Ergebnisse der esQS bzgl. des Qualitätsindikators „Gehunfähigkeit bei Entlassung – risikoadjustiert nach dem HÜFT-FRAK-Score“

3.1.4.2.4 Krankenhausvergleich zum Qualitätsindikator „Spezifische Komplikationen“

Auch bzgl. des Qualitätsindikators „Spezifische Komplikationen“ gehört das Ergebnis des DRK Krankenhauses Mölln-Ratzeburg im Verfahrensjahr 2017 zu den unauffälligen Ergebnissen (siehe Abbildung 3.5).

Im Krankenhausvergleich rangiert das DRK Krankenhaus Mölln-Ratzeburg im vorderen Drittel (Rang 10) und gehört damit zu den insgesamt 21 Krankenhäusern Schleswig-Holsteins, die das mit diesem Qualitätsmerkmal verbundene Qualitätsziel bei einem Wert von 0% vollständig erreichen.

Qualitätsmerkmal „Spezifische Komplikationen“

Zähler:	Patienten mit mindestens einer spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation
Nenner (= Grundgesamtheit):	Alle Patienten ab 20 Jahre
Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100% (= Rate)	
Qualitätsziel:	Möglichst selten spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen.
Referenzbereich:	2017: <= 4,37% (= 95%-Perzentil)
Indikatortyp:	Prozessindikator

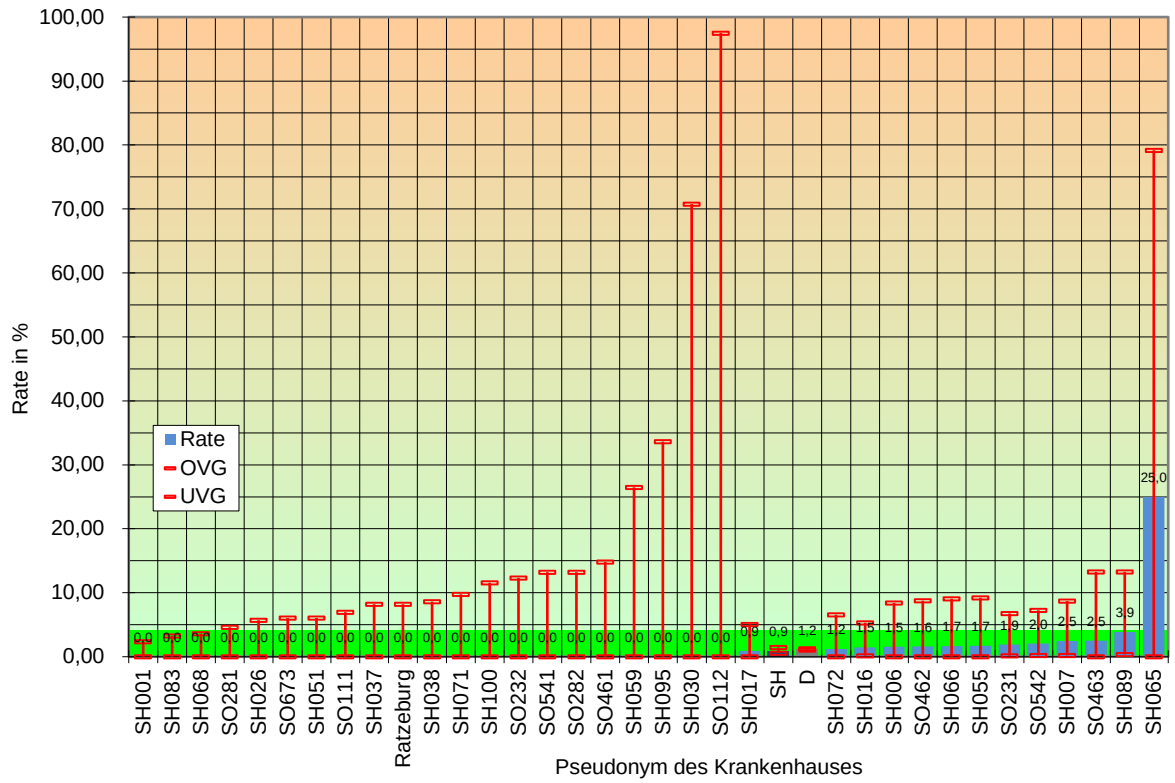


Abbildung 3.5: Ergebnisse der esQS bzgl. des Qualitätsindikators „Spezifische Komplikationen“

Insgesamt ergeben sich für nahezu alle Krankenhäuser Schleswig-Holsteins Ergebnisse, die innerhalb des Referenzbereiches liegen. Lediglich bei einem Krankenhaus liegt das Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs und ist daher rechnerisch als auffällig anzusehen.

Selbstverständlich nimmt das DRK Krankenhaus Mölln-Ratzeburg im Verfahrensjahr 2017 nicht nur vordere Ränge ein. So liegt das DRK Krankenhaus Mölln-Ratzeburg im Verfahrensjahr 2017 bezüglich des Qualitätsindikators „Wundhämatome/Nachblutungen“ an drittletzter Stelle im Krankenhausvergleich. Gleichwohl ist auch dieses Ergebnis als unauffällig zu bewerten.

Die vollständige Darstellung der graphischen Aufbereitung der Ergebnisse der 15 Qualitätsindikatoren bzw. Qualitätskennzahlen bzgl. der hüftgelenknahen Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (Modul 17/1 N1) ist dem **Anhang 1** zu entnehmen.

3.1.5 Ergebnisse bzgl. der Hüftendoprothesenversorgung (Modul HEP)

3.1.5.1 Ergebnisübersicht

Für das Verfahrensjahr 2017 sind insgesamt 14 Qualitätsindikatoren und 2 Auffälligkeitskriterien betrachtet worden. Eine Übersicht über die Ergebnisse des DRK-Krankenhauses Mölln-Ratzeburg im Vergleich zum Durchschnittsergebnis aller in Schleswig-Holstein an diesem Verfahren teilnehmenden Krankenhäuser und im Vergleich zum Durchschnittsergebnis aller in Deutschland an diesem Verfahren teilnehmenden Krankenhäuser ist mit der Übersicht 3.3 gegeben. In dieser Übersicht ist auch der Qualitätsindikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf“ angegeben, der im Rahmen des Follow-up-Moduls zur Hüftendoprothesenversorgung ermittelt wird.

Externe stationäre Qualitätssicherung
Modul HEP: Hüftendoprothesenversorgung
Verfahrensjahr 2017

Ergebnisübersicht

Stand: 27.06.2019

ausgewertet und aufbereitet durch:
K&N
Gesellschaft für Informationsmanagement und Forschung im Gesundheitswesen mbH & Co. KG

Qualitätsindikator			ZIEL	Referenzbereich	Ergebnisse		
QI-ID	Bezeichnung gemäß ProQS bei der KGSH	Ausprägung			Ratzeburg	S-H	D
54001	Indikation zur elektiven Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	Rate	100%	>= 90%	100,0%	97,7%	96,7%
54002	Indikation zum Hüft-Endoprothesen-Wechsel	Rate	100%	>= 86%	100,0%	94,4%	92,9%
54003	Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme	Rate	0%	<= 15%	1,8%	14,7%	15,6%
54004	Sturzprophylaxe	Rate	100%	>= 80%	100,0%	97,4%	95,0%
54015	Allgemeine postoperative Komplikationen - hüftgelenknahe Femurfraktur	Rate	0%	<= 24,30% (95%-Perzentil)	1,8%	9,0%	11,1%
54016	Allgemeine postoperative Komplikationen - elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	Rate	0%	<= 6,03% (95%-Perzentil)	0,0%	1,1%	1,6%
54017	Allgemeine postoperative Komplikationen - Reimplantation	Rate	0%	<= 17,46% (95%-Perzentil)	8,3%	4,0%	6,2%
54018	Spezifische intra-/postoperative Komplikationen - hüftgelenknahe Femurfraktur	Rate	0%	<= 11,11% (95%-Perzentil)	3,5%	3,4%	4,5%
54019	Spezifische intra-/postoperative Komplikationen - elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	Rate	0%	<= 7,42% (95%-Perzentil)	0,0%	1,6%	2,4%
54120	Spezifische intra-/postoperative Komplikationen - Reimplantation	Rate	0%	<= 29,42% (95%-Perzentil)	0,0%	8,2%	11,8%
54010	Beweglichkeit bei Entlassung	Rate	100%	>= 95%	100,0%	98,7%	98,0%
54011	Gehunfähigkeit bei Entlassung	Rate	0%	nicht definiert	4,1%	3,6%	
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung risikoadjustiert nach HEP-Score 54012	O / E		<= 2,33 (95%-Perzentil)	0,33	0,87	1,01
54013	Sterblichkeit im Krankenhaus	Rate	0%	nicht definiert	0,0%	0,2%	0,2%
	QM(1D) Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von Komplikationen	Rate	0%	<= 80%	75,0%	84,3%	
	QN(2D) Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur	Rate	0%	<= 50%	0,0%	52,8%	
10271	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf	O / E		<= 3,73 (95%-Perzentil)	1,65	0,89	1,15

Übersicht 3.3: Ergebnisse bzgl. der Qualitätsindikatoren zum Modul HEP: Hüftendoprothesenversorgung

Hier liegen alle Ergebnisse des DRK-Krankenhauses Mölln-Ratzeburg – soweit definiert – innerhalb der Referenzbereiche.

3.1.5.2 Ausgewählte Ergebnisse Im Krankenhausvergleich

Nachfolgend sind die graphischen Aufbereitungen für folgende Qualitätsmerkmale respektive Qualitätsindikatoren dargestellt:

- Indikation zur elektiven Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
- Indikation zum Hüft-Endoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel
- Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme
- Sturzprophylaxe
- Spezifische intra-/postoperative Komplikationen – elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

3.1.5.2.1 Krankenhausvergleich zum Qualitätsindikator „Indikation zur elektiven Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation“

Auch hier gehört das Ergebnis des DRK Krankenhauses Mölln-Ratzeburg bzgl. des Qualitätsindikators „Indikation zur elektiven Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation“ im Verfahrensjahr 2017 zu den eindeutig unauffälligen Ergebnissen (siehe Abbildung 3.6).

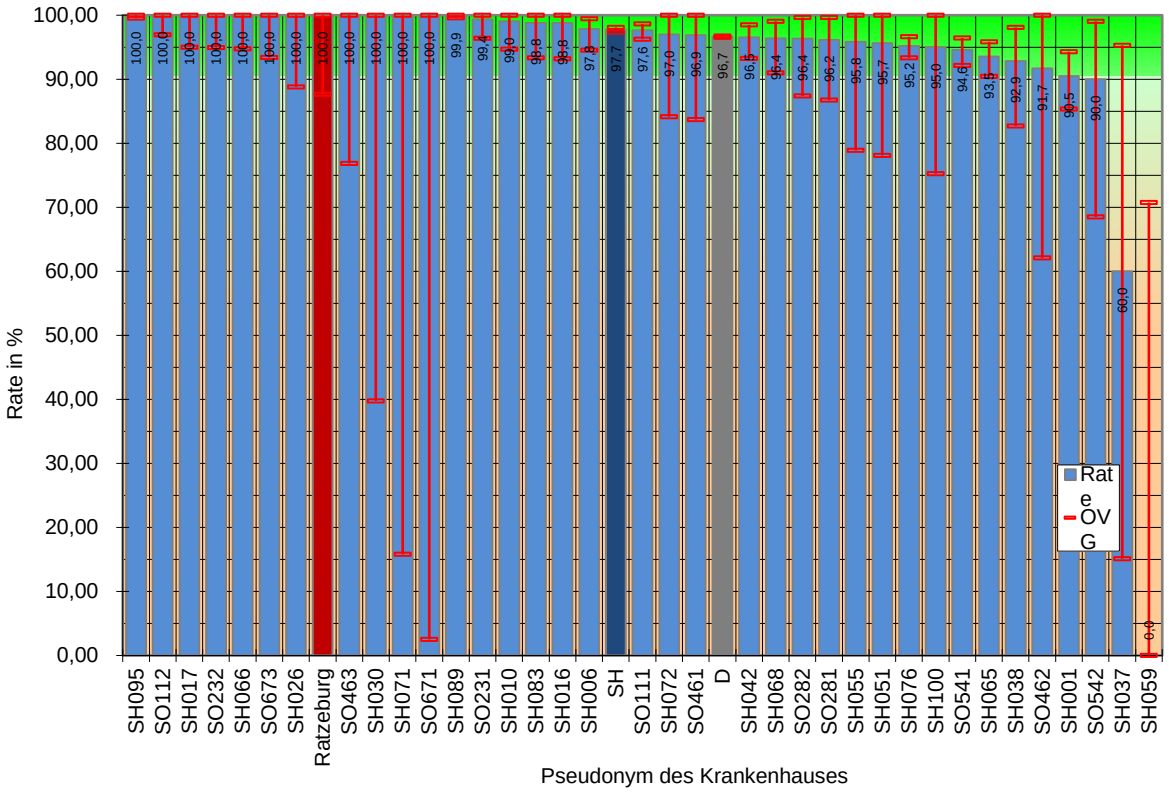


Abbildung 3.6: Ergebnisse der esQS bzgl. des Qualitätsindikators „Indikation zur elektiven Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation“

Im Krankenhausvergleich rangiert das DRK Krankenhaus Mölln-Ratzeburg auf Rang 8 und gehört damit zu den 12 Krankenhäusern in Schleswig-Holstein, die das Qualitätsziel für dieses Qualitätsmerkmal zu 100% erfüllen. Insgesamt liegen von 35 Krankenhäusern Schleswig-Holsteins die Ergebnisse innerhalb des Referenzbereichs. Lediglich bei 2 Krankenhäusern liegen die Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs und sind daher rechnerisch als auffällig anzusehen. Für zehn Krankenhäuser Schleswig-Holsteins ergeben sich dabei Hinweise auf statistische Signifikanz hinsichtlich der Abweichung ihrer Ergebnisse im Vergleich zu dem Bestergebnis.

Qualitätsmerkmal „Indikation zur elektiven Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation“

Zähler:	Eingriffe bei Patienten, die das Kriterium Schmerzen und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score ODER die das Kriterium Schmerzen und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek ODER die mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score ODER die mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek erfüllen ODER bei denen eine mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung vorlag oder eine Nichtvereinigung der Frakturenden [Pseudarthrose] und in der Anamnese die Voroperation dokumentiert ist (ICD 10 T84.1 oder M84.1 und Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah)
Nenner (= Grundgesamtheit):	Alle elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen bei Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Patienten mit der Entlassungsdiagnose Fraktur des Acetabulums (S32.4).
Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100% (= Rate)	
Qualitätsziel:	Möglichst oft eine angemessene Indikation anhand klinischer und röntgenologischer Kriterien.
Referenzbereich:	2017: >= 90%
Indikatortyp:	Prozessindikator

3.1.5.2.2 Krankenhausvergleich zum Qualitätsindikator „Indikation zum Hüft-Endoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel“

Wie schon beim Qualitätsindikator „Indikation zur elektiven Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation“ zählt auch das Ergebnis des DRK Krankenhauses Mölln-Ratzeburg bzgl. des Qualitätsindikators „Indikation zum Hüft-Endoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel“ im Verfahrensjahr 2017 zu den eindeutig unauffälligen Ergebnissen (siehe Abbildung 3.7).

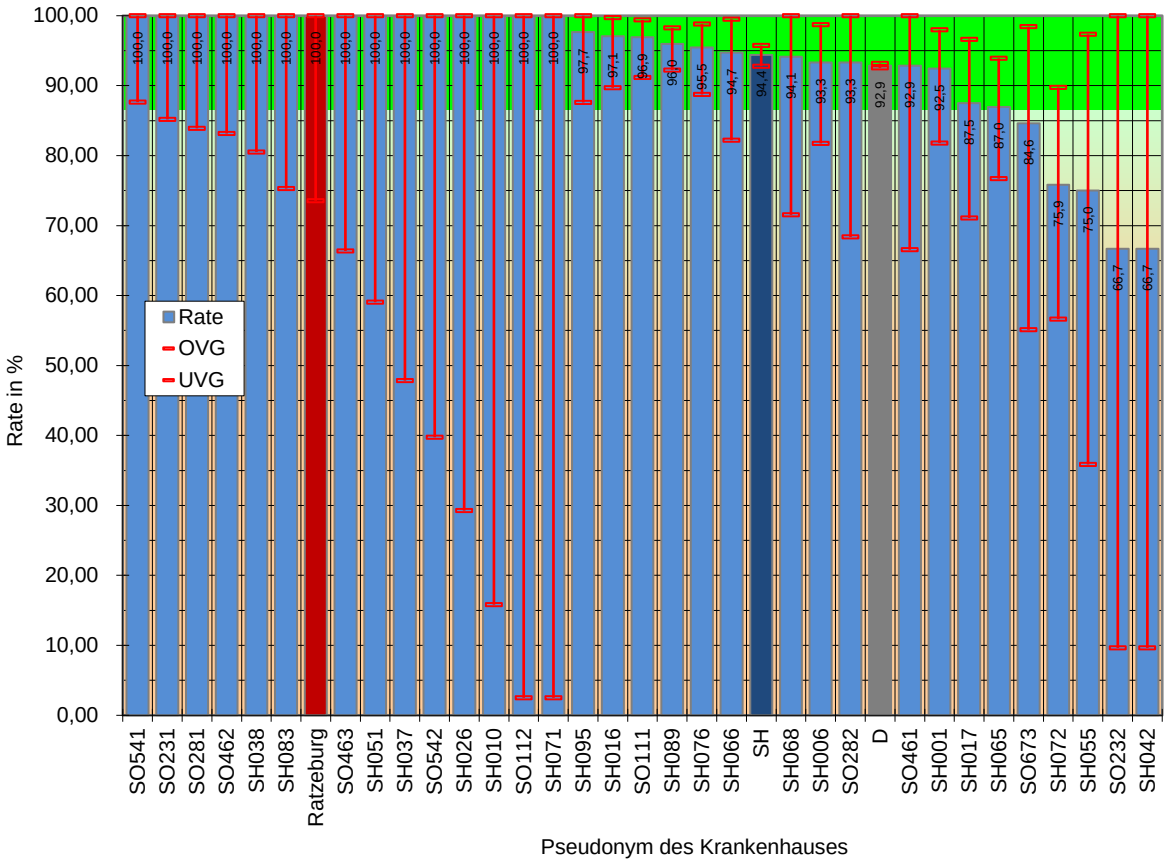


Abbildung 3.7: Ergebnisse der esQS bzgl. des Qualitätsindikators „Indikation zum Hüft-Endoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel“

Im Krankenhausvergleich rangiert das DRK Krankenhaus Mölln-Ratzeburg hier sogar auf Rang 7 und gehört damit zu den 15 Krankenhäusern in Schleswig-Holstein, die das mit diesem Qualitätsmerkmal verbundene Qualitätsziel zu 100% erfüllen. Insgesamt liegen hier von 28 Krankenhäusern Schleswig-Holsteins die Ergebnisse innerhalb des Referenzbereichs. Bei fünf Krankenhäusern liegen die Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs und sind daher rechnerisch als auffällig anzusehen. Hinweise auf statistische Signifikanz hinsichtlich der Abweichung ihrer Ergebnisse im Vergleich zu dem Bestergebnis ergeben sich hier für kein Krankenhaus.

Qualitätsmerkmal „Indikation zum Hüft-Endoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel“

Zähler:	Eingriffe bei Patienten mit: Endoprothesen(sub)luxation ODER Implantatbruch ODER Periprothetische Fraktur ODER Knochendefekt Pfanne ODER Knochendefekt des Femurs ODER Osteolyse der Pfanne ODER Osteolyse des Femurs ODER isoliertem Inlay- oder Kopfwechsel und (Implantatbruch oder Implantatabrieb/-verschleiß) ODER isoliertem Inlaywechsel- oder Kopfwechsel und (eine mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese (T84.0) oder eine Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese (T84.5) oder Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffs, andernorts nicht klassifiziert (T81.0) oder Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert (T81.8)) ODER mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens eines der folgenden klinischen/ röntgenologischen Kriterien: Implantatabrieb/-verschleiß, Implantatfehllage des Schafts, Implantatfehllage der Pfanne, Lockerung der Pfannenkomponente, Lockerung der Schaftkomponente, Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis), Periartikuläre Ossifikation ODER erfülltem Kriterium Schmerzen und einem positiven mikrobiologischem Kriterium ODER Entzündungszeichen im Labor und einem positiven mikrobiologischem Kriterium
Nenner (= Grundgesamtheit):	Alle Hüftendoprothesen-Wechsel bei Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Patienten mit der Entlassungsdiagnose Fraktur des Acetabulums (S32.4).
Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100% (= Rate)	
Qualitätsziel:	Möglichst oft eine angemessene Indikation anhand der klinischen Symptomatik, röntgenologischer Kriterien, Entzündungszeichen oder mikrobiologischer Kriterien.

3.1.5.2.3 Krankenhausvergleich zum Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme“

Analog zum Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ im Modul hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung zählt das Ergebnis des DRK Krankenhauses Mölln-Ratzeburg bzgl. des Qualitätsindikators „Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme“ erneut zu den eindeutig unauffälligen Ergebnissen (siehe Abbildung 3.8).

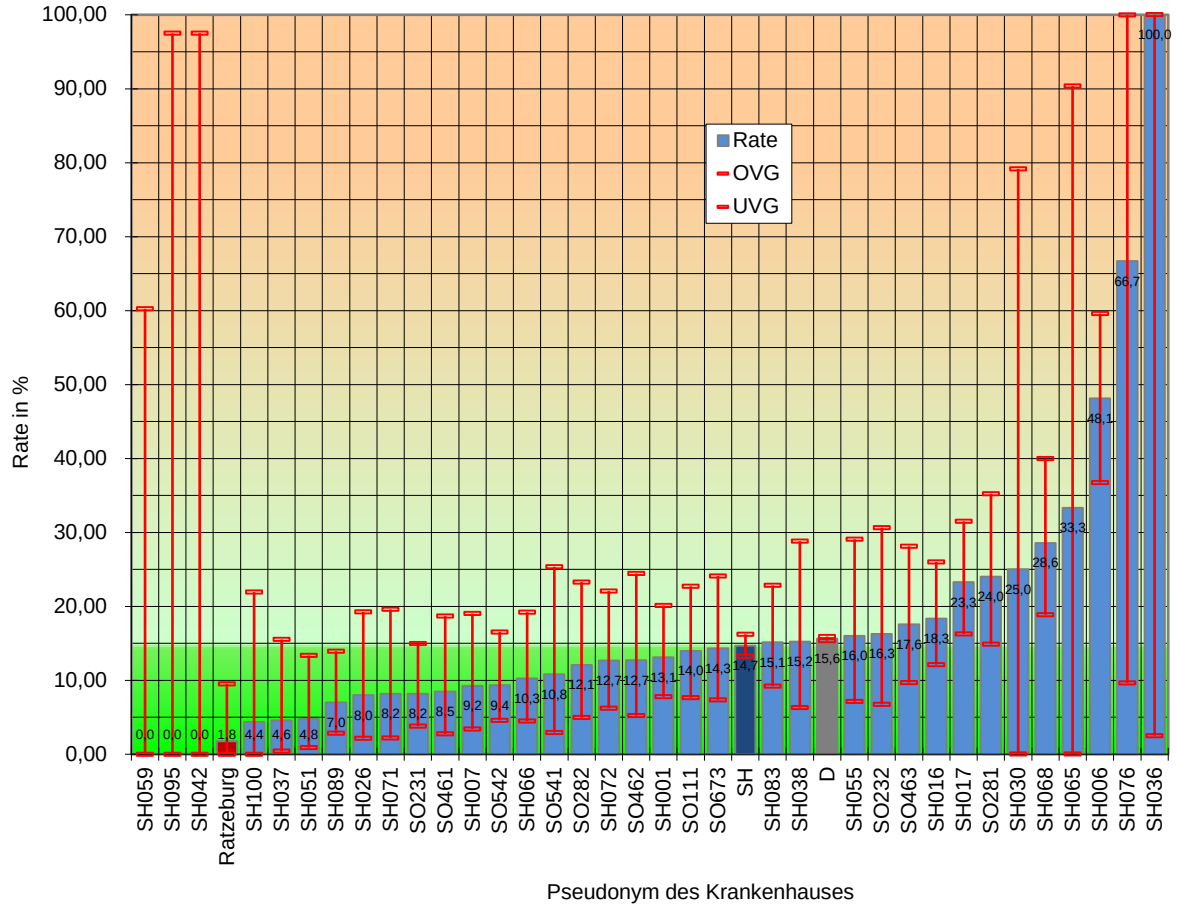


Abbildung 3.8: Ergebnisse der esQS bzgl. des Qualitätsindikators „Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme“

Im Krankenhausvergleich rangiert das DRK Krankenhaus Mölln-Ratzeburg bei einem Wert von 1,8% auf Rang 4 und gehört damit zu den 22 Krankenhäusern in Schleswig-Holstein, deren Ergebnisse innerhalb des Referenzbereichs liegen. Bei 14 Krankenhäusern liegen die Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs und sind daher rechnerisch als auffällig anzusehen Für drei Krankenhäuser Schleswig-Holsteins ergeben sich dabei Hinweise auf statistische Signifikanz hinsichtlich der Abweichung ihres Ergebnisses zum Referenzbereich.

Qualitätsmerkmal „Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme“

Zähler:	Eingriffe bei Patienten mit endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen, bei denen die Operation später als 48 Stunden nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte.
Nenner (= Grundgesamtheit):	Eingriffe bei Patienten ab 18 Jahren mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit subtrochantärer Fraktur (S72.2), Fraktur des Femurschaftes (S72.3), Distale Fraktur des Femurs (S72.4), Multiple Frakturen des Femurs (S72.7) ohne gleichzeitige pertrochantäre Fraktur (S72.1*) oder Schenkelhalsfraktur (S72.0*).
Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100% (= Rate)	
Qualitätsziel:	Kurze präoperative Verweildauer.
Referenzbereich:	2017: <= 15%
Indikatortyp:	Prozessindikator

3.1.5.2.4 Krankenhausvergleich zum Qualitätsindikator „Sturzprophylaxe“

Wie schon beim Modul hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung zählt das Ergebnis des DRK Krankenhauses Mölln-Ratzeburg bzgl. des Qualitätsindikators „Sturzprophylaxe“ auch hier zu den erneut eindeutig unauffälligen Ergebnissen (siehe Abbildung 3.9).

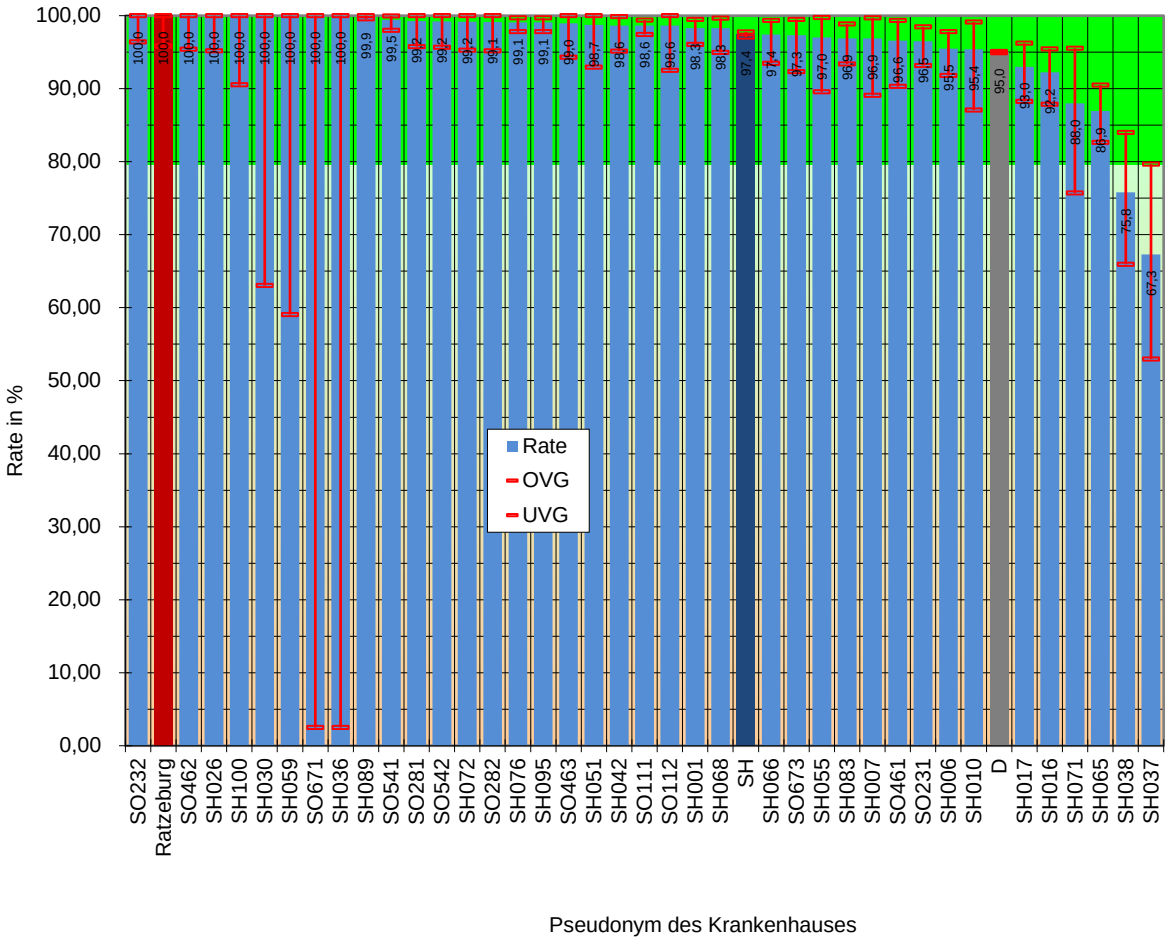


Abbildung 3.9: Ergebnisse der esQS bzgl. des Qualitätsindikators „Sturzprophylaxe“

Im Krankenhausvergleich rangiert das DRK Krankenhaus Mölln-Ratzeburg auf Rang 2 und gehört damit zu den 9 Krankenhäusern in Schleswig-Holstein, die das mit diesem Qualitätsmerkmal verbundene Qualitätsziel zu 100% erfüllen. Bei 37 Krankenhäusern liegen die Ergebnisse innerhalb des Referenzbereiches. Lediglich bei zwei Krankenhäusern liegen die Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs und sind daher rechnerisch als auffällig anzusehen, wobei für ein Krankenhaus diese Abweichung sogar mit einen Hinweis auf statistische Signifikanz verbunden ist.

Qualitätsmerkmal „Sturzprophylaxe“

Zähler:	Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (=Präventionsmaßnahmen) ergriffen wurden
Nenner (= Grundgesamtheit):	Alle Patienten ab 65 Jahren mit einer Hüftendoprothesen-Implantation oder einem Hüftendoprothesen-Wechsel
Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100% (= Rate)	
Qualitätsziel:	Möglichst hoher Anteil an Patienten, bei denen das individuelle Sturzrisiko strukturiert erfasst wurde und Maßnahmen zur Sturzprophylaxe eingeleitet wurden.
Referenzbereich:	2017: >= 80%
Indikatortyp:	Prozessindikator

3.1.5.2.5 Krankenhausvergleich zum Qualitätsindikator „Spezifische intra-/postoperative Komplikationen - elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation“

In Analogie zum Modul hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung ist auch beim Modul Hüftendoprothesenversorgung der Aspekt „Komplikation“ kein Thema, das im Verfahrensjahr 2017 beim DRK Krankenhaus Mölln-Ratzeburg Handlungsbedarf auslöst. So zählt das Ergebnis bzgl. des Qualitätsindikators „Spezifische intra-/postoperative Komplikationen - elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation“ auch hier wieder zu den eindeutig unauffälligen Ergebnissen (siehe Abbildung 3.10).

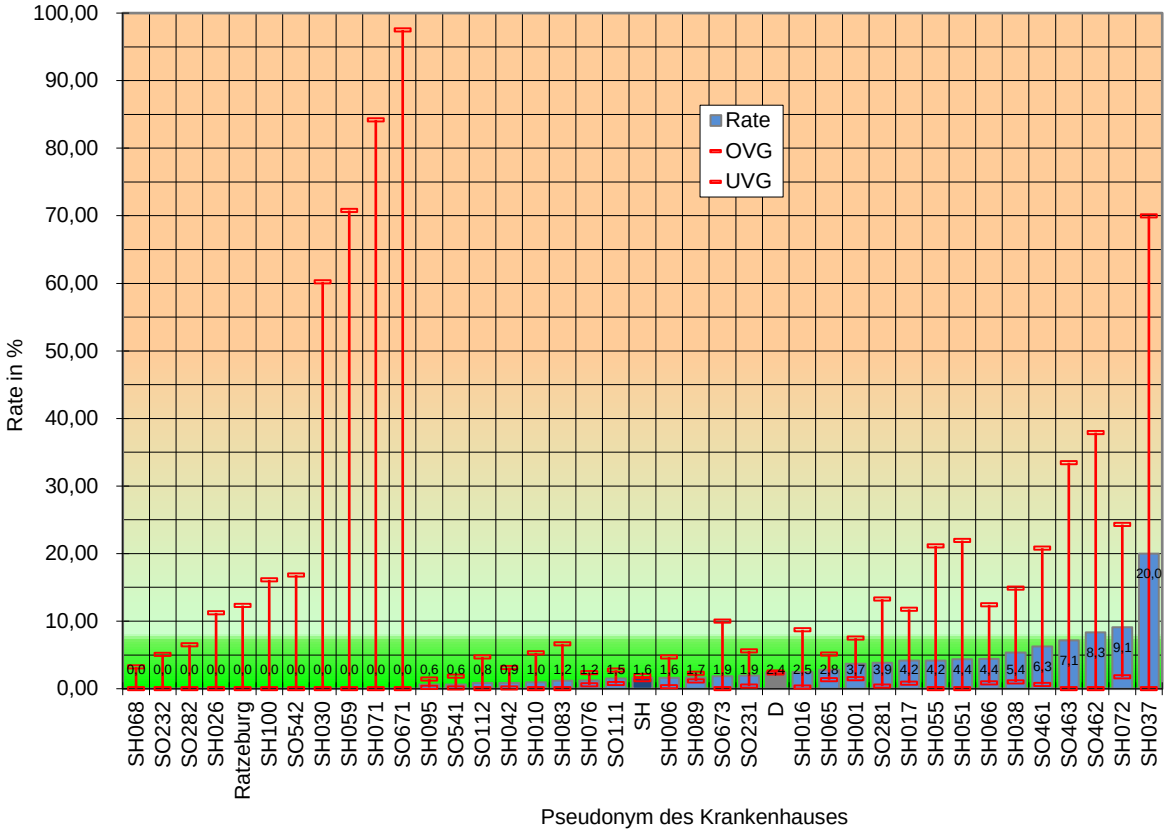


Abbildung 3.10: Ergebnisse der esQS bzgl. des Qualitätsindikators „Spezifische intra-/postoperative Komplikationen - elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation“

Im Krankenhausvergleich rangiert das DRK Krankenhaus Mölln-Ratzeburg bei einem Wert von 0,0% auf Rang 5 und gehört damit zu den 11 Krankenhäusern in Schleswig-Holstein, die das mit diesem Qualitätsmerkmal verbundene Qualitätsziel zu 100% erfüllen. Bei 34 Krankenhäusern liegen die Ergebnisse innerhalb des Referenzbereiches. Lediglich bei drei Krankenhäuser liegen die Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs und sind daher rechnerisch als auffällig anzusehen.

Qualitätsmerkmal „Spezifische intra-/postoperative Komplikationen - elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation“

Zähler:	Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat
Nenner (= Grundgesamtheit):	Alle elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen bei Patienten ab 18 Jahren
Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100% (= Rate)	
Qualitätsziel:	Möglichst selten spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen.
Referenzbereich:	2017: <= 7,42% (= 95%-Perzentil)
Indikatortyp:	Prozessindikator

Entgegen den Ergebnissen beim Modul hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung nimmt das DRK Krankenhaus Mölln-Ratzeburg im Verfahrensjahr 2017 im Modul Hüftendoprothesenversorgung sehr oft vordere Ränge ein. Nur einmal nimmt das DRK Kran-

kenhaus Mölln-Ratzeburg im Verfahrensjahr 2017 im Krankenhausvergleich eine hintere Platzierung (Rang 25) ein und zwar für den Qualitätsindikator „Allgemeine postoperative Komplikationen – Reimplantation“. Gleichwohl ist auch dieses Ergebnis als unauffällig zu bewerten.

Die vollständige Darstellung der graphischen Aufbereitung der Ergebnisse der 14 Qualitätsindikatoren bzgl. der Hüftendoprothesenversorgung (Modul HEP) ist dem **Anhang 2** zu entnehmen.

3.2 Qualitätsbeurteilung auf der Grundlage der Qualitätsindikatoren für die Zertifizierung als Endoprothetikzentrum

3.2.1 Einleitung

Im Rahmen der Zertifizierung als Endoprothetikzentrum werden die Ergebnisse von insgesamt 54 Qualitätsindikatoren betrachtet. Zu zahlreichen Qualitätsindikatoren werden dabei zwei Kennzahlen ermittelt, die sich aufgrund unterschiedlicher Messzeitpunkte ergeben. Insgesamt kommen so 92 Kennzahlen zum Tragen.

Alle Kennzahlen werden dabei als Rate ermittelt. Sofern dabei die Zielausrichtung 100% beträgt, ist diese auch als SOLL-Anforderung definiert. Die meisten Kennzahlen sind jedoch nach der Zielrichtung 0% mit dann - sofern definiert - individuellen SOLL-Werten ausgelegt.

3.2.2 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für den Bereich Hüfte

Für den Bereich Hüfte kommen insgesamt 30 Qualitätsindikatoren (QI) mit 52 Kennzahlen zum Tragen (siehe Tabelle 3.1).

Tabelle 3.1: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für den Bereich Hüfte im Rahmen der Zertifizierung als Endoprothetikzentrum

Nr.	QI Hüfte	Kennzahl (= QI mit Messzeitpunkt)
1a	Röntgen Hüfte	Röntgen Hüfte - präoperativ
1b	Röntgen Hüfte	Röntgen Hüfte - postoperativ
2	Präoperative schablonengestützte Prothesenplanung (**Primärendoprothetik**)	Präoperative schablonengestützte Prothesenplanung (**Primärendoprothetik**)
3	Präoperative schablonengestützte Prothesenplanung (**Wechseleingriff**)	Präoperative schablonengestützte Prothesenplanung (**Wechseleingriff**)
4	Präoperative schablonengestützte Prothesenplanung (**Frakturendoprothetik i.e.S.**)	Präoperative schablonengestützte Prothesenplanung (**Frakturendoprothetik i.e.S.**)
5	OP-Zeit (**Primärendoprothetik**) < 40 Min oder > 100 Min	OP-Zeit (**Primärendoprothetik**) < 40 Min oder > 100 Min
6	OP-Zeit (**Frakturendoprothetik i.e.S.**) < 40 Min oder > 100 Min	OP-Zeit (**Frakturendoprothetik i.e.S.**) < 40 Min oder > 100 Min
7a	Periprothetische Infektion (**Primärendoprothetik**)	Periprothetische Infektion (**Primärendoprothetik**) - stationärer Aufenthalt
7b	Periprothetische Infektion (**Primärendoprothetik**)	Periprothetische Infektion (**Primärendoprothetik**) - 90 Tage nach Index-OP
8a	Periprothetische Infektion (**Wechseleingriff**)	Periprothetische Infektion (**Wechseleingriff**) - stationärer Aufenthalt
8b	Periprothetische Infektion (**Wechseleingriff**)	Periprothetische Infektion (**Wechseleingriff**) - 90 Tage nach Index-OP
9a	Periprothetische Infektion (**Frakturendoprothetik i.e.S.**)	Periprothetische Infektion (**Frakturendoprothetik i.e.S.**) - stationärer Aufenthalt
9b	Periprothetische Infektion (**Frakturendoprothetik i.e.S.**)	Periprothetische Infektion (**Frakturendoprothetik i.e.S.**) - 90 Tage nach Index-OP
10a	Patienten mit Hüftluxation (**Primärendoprothetik**)	Patienten mit Hüftluxation (**Primärendoprothetik**) - stationärer Aufenthalt
10b	Patienten mit Hüftluxation (**Primärendoprothetik**)	Patienten mit Hüftluxation (**Primärendoprothetik**) - 90 Tage nach Index-OP
11a	Patienten mit Hüftluxation (**Wechseleingriff**)	Patienten mit Hüftluxation (**Wechseleingriff**) - stationärer Aufenthalt
11b	Patienten mit Hüftluxation (**Wechseleingriff**)	Patienten mit Hüftluxation (**Wechseleingriff**) - 90 Tage nach Index-OP
12a	Patienten mit Hüftluxation (**Frakturendoprothetik i.e.S.**)	Patienten mit Hüftluxation (**Frakturendoprothetik i.e.S.**) - stationärer Aufenthalt
12b	Patienten mit Hüftluxation (**Frakturendoprothetik i.e.S.**)	Patienten mit Hüftluxation (**Frakturendoprothetik i.e.S.**) - 90 Tage nach Index-OP

Nr.	QI Hüfte	Kennzahl (= QI mit Messzeitpunkt)
13	Pfanneninklination im Röntgenbild (**Primärendoprothetik**)	Pfanneninklination im Röntgenbild (**Primärendoprothetik**)
14	Pfanneninklination im Röntgenbild (**Eingriffe mit Wechsel der Pfannenkomponente**)	Pfanneninklination im Röntgenbild (**Eingriffe mit Wechsel der Pfannenkomponente**)
15	Pfanneninklination im Röntgenbild (**Frakturendoprothetik i.e.S.**)	Pfanneninklination im Röntgenbild (**Frakturendoprothetik i.e.S.**)
16a	Anzahl aufgetretener Trochanterabrisse (**Primärendoprothetik**)	Anzahl aufgetretener Trochanterabrisse (**Primärendoprothetik**) - stationärer Aufenthalt
16b	Anzahl aufgetretener Trochanterabrisse (**Primärendoprothetik**)	Anzahl aufgetretener Trochanterabrisse (**Primärendoprothetik**) - 90 Tage nach Index-OP
17a	Anzahl aufgetretener Trochanterabrisse (**Wechseleingriff**)	Anzahl aufgetretener Trochanterabrisse (**Wechseleingriff**) - stationärer Aufenthalt
17b	Anzahl aufgetretener Trochanterabrisse (**Wechseleingriff**)	Anzahl aufgetretener Trochanterabrisse (**Wechseleingriff**) - 90 Tage nach Index-OP
18a	Anzahl periprothetischer Fissuren und/oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (**Primärendoprothetik**)	Anzahl periprothetischer Fissuren und/oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (**Primärendoprothetik**) - stationärer Aufenthalt
18b	Anzahl periprothetischer Fissuren und/oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (**Primärendoprothetik**)	Anzahl periprothetischer Fissuren und/oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (**Primärendoprothetik**) - 90 Tage nach Index-OP
19a	Anzahl periprothetischer Fissuren und/oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (**Wechseleingriff**)	Anzahl periprothetischer Fissuren und/oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (**Wechseleingriff**) - stationärer Aufenthalt
19b	Anzahl periprothetischer Fissuren und/oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (**Wechseleingriff**)	Anzahl periprothetischer Fissuren und/oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (**Wechseleingriff**) - 90 Tage nach Index-OP
20a	Anzahl periprothetischer Fissuren und/oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (**Frakturendoprothetik i.e.S.**)	Anzahl periprothetischer Fissuren und/oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (**Frakturendoprothetik i.e.S.**) - stationärer Aufenthalt
20b	Anzahl periprothetischer Fissuren und/oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (**Frakturendoprothetik i.e.S.**)	Anzahl periprothetischer Fissuren und/oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (**Frakturendoprothetik i.e.S.**) - 90 Tage nach Index-OP
21a	Rate an Re-Interventionen aufgrund operativ behandlungsbedürftiger Probleme	Rate an Re-Interventionen aufgrund operativ behandlungsbedürftiger Probleme - stationärer Aufenthalt
21b	Rate an Re-Interventionen aufgrund operativ behandlungsbedürftiger Probleme	Rate an Re-Interventionen aufgrund operativ behandlungsbedürftiger Probleme - 90 Tage nach Index-OP
22a	Thrombose/Embolie	Thrombose/Embolie - stationärer Aufenthalt
22b	Thrombose/Embolie	Thrombose/Embolie - 90 Tage nach Index-OP
23a	Sterblichkeit (**Primärendoprothetik**)	Sterblichkeit (**Primärendoprothetik**) - stationärer Aufenthalt
23b	Sterblichkeit (**Primärendoprothetik**)	Sterblichkeit (**Primärendoprothetik**) - 90 Tage nach Index-OP
24a	Sterblichkeit (**Wechseleingriff**)	Sterblichkeit (**Wechseleingriff**) - stationärer Aufenthalt
24b	Sterblichkeit (**Wechseleingriff**)	Sterblichkeit (**Wechseleingriff**) - 90 Tage nach Index-OP

Nr.	QI Hüfte	Kennzahl (= QI mit Messzeitpunkt)
25a	Sterblichkeit (**Frakturendoprothetik i.e.S.**)	Sterblichkeit (**Frakturendoprothetik i.e.S.**) - stationärer Aufenthalt
25b	Sterblichkeit (**Frakturendoprothetik i.e.S.**)	Sterblichkeit (**Frakturendoprothetik i.e.S.**) - 90 Tage nach Index-OP
26a	Neurologische Komplikationen (**Primärendoprothetik**)	Neurologische Komplikationen (**Primärendoprothetik**) - stationärer Aufenthalt
26b	Neurologische Komplikationen (**Primärendoprothetik**)	Neurologische Komplikationen (**Primärendoprothetik**) - 90 Tage nach Index-OP
27a	Neurologische Komplikationen (**Wechseleingriff**)	Neurologische Komplikationen (**Wechseleingriff**) - stationärer Aufenthalt
27b	Neurologische Komplikationen (**Wechseleingriff**)	Neurologische Komplikationen (**Wechseleingriff**) - 90 Tage nach Index-OP
28a	Neurologische Komplikationen (**Frakturendoprothetik i.e.S.**)	Neurologische Komplikationen (**Frakturendoprothetik i.e.S.**) - stationärer Aufenthalt
28b	Neurologische Komplikationen (**Frakturendoprothetik i.e.S.**)	Neurologische Komplikationen (**Frakturendoprothetik i.e.S.**) - 90 Tage nach Index-OP
29a	Patient Reported Outcome Measures (PROMs) (**Primärendoprothetik**)	Patient Reported Outcome Measures (PROMs) (**Primärendoprothetik**) - #prä-op, Kennzahlenvorjahr
29b	Patient Reported Outcome Measures (PROMs) (**Primärendoprothetik**)	Patient Reported Outcome Measures (PROMs) (**Primärendoprothetik**) - #3 oder 12 Monate, Kennzahlenvorjahr post-op
30a	Patient Reported Outcome Measures (PROMs) (**Wechseleingriff**)	Patient Reported Outcome Measures (PROMs) (**Wechseleingriff**)) - #prä-op, Kennzahlenvorjahr
30b	Patient Reported Outcome Measures (PROMs) (**Wechseleingriff**)	Patient Reported Outcome Measures (PROMs) (**Wechseleingriff**) - #3 oder 12 Monate, Kennzahlenvorjahr post-op

Das EPZ Ratzeburg kommt - mit zwei Ausnahmen - allen Anforderungen an die Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen nach (siehe exemplarisch Abbildung 3.11 bis Abbildung 3.13).

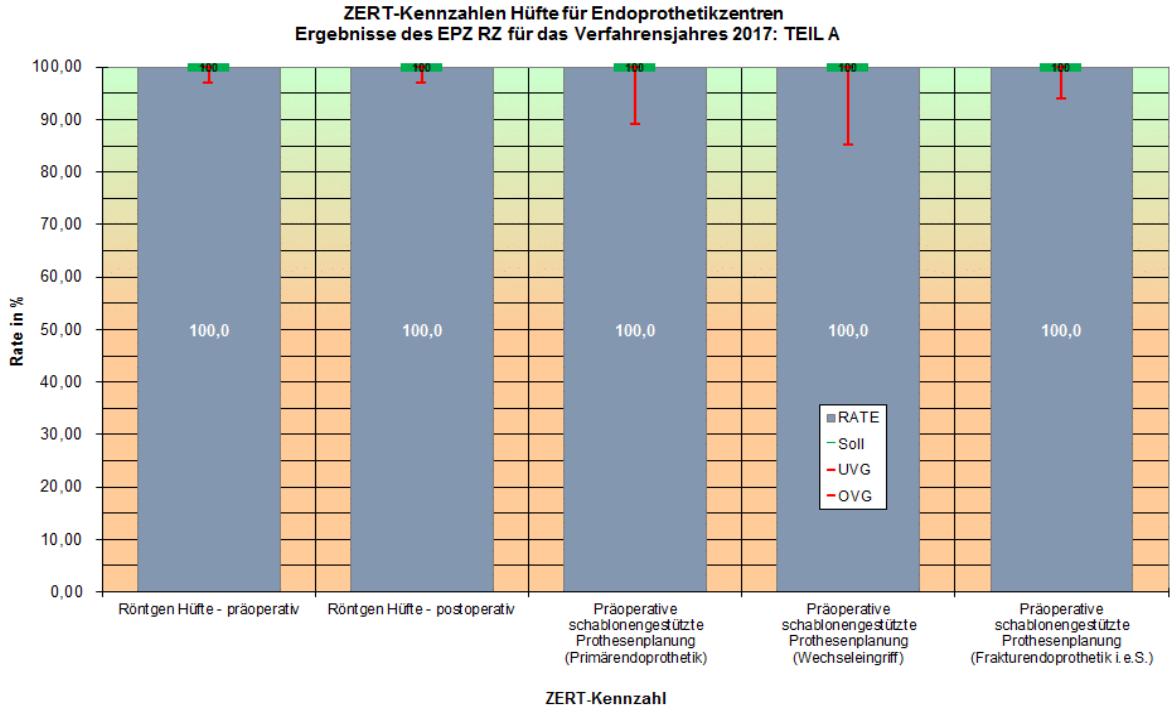


Abbildung 3.11: ZERT-Kennzahlen Hüfte für Endoprothetikzentren Ergebnisse des EPZ RZ für das Verfahrensjahr 2017: TEIL A

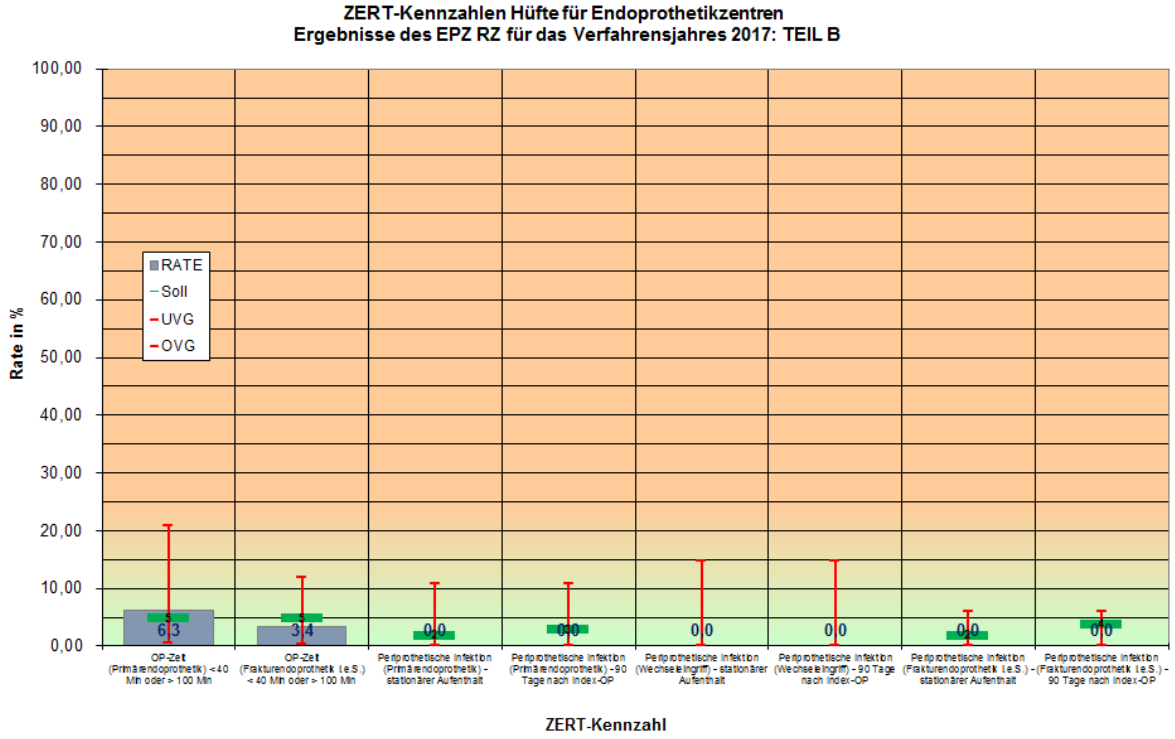


Abbildung 3.12: ZERT-Kennzahlen Hüfte für Endoprothetikzentren Ergebnisse des EPZ RZ für das Verfahrensjahr 2017: TEIL B

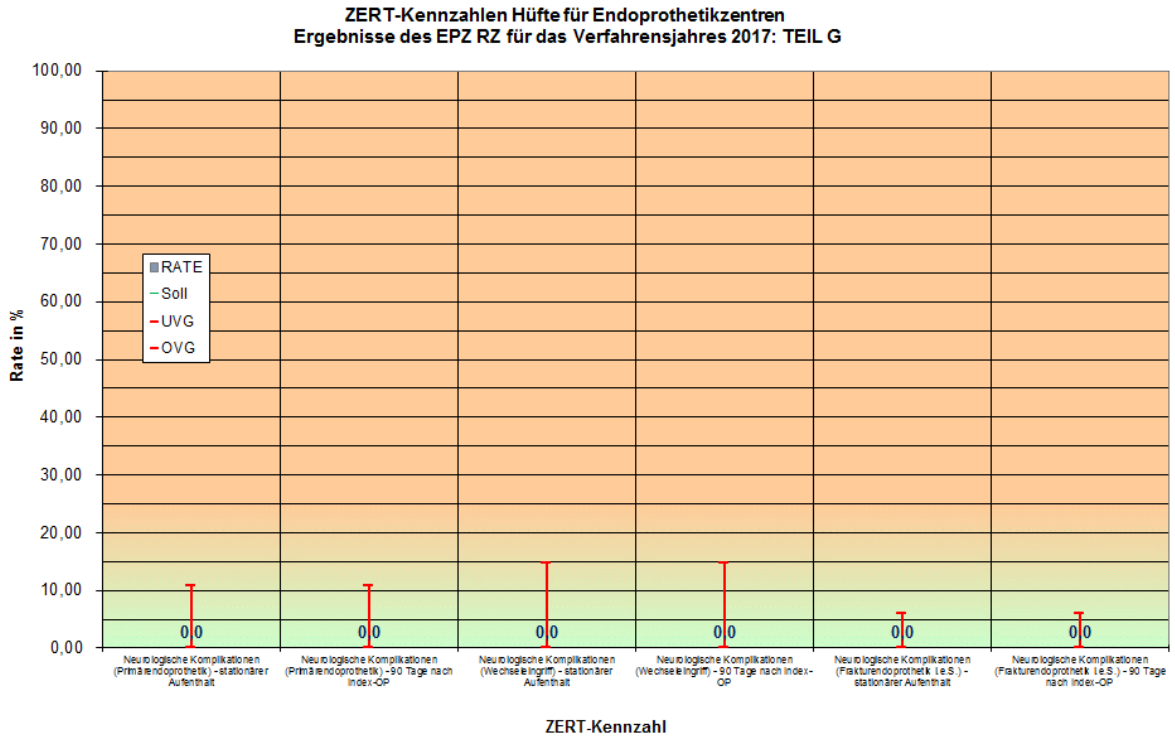


Abbildung 3.13: ZERT-Kennzahlen Hüfte für Endoprothetikzentren Ergebnisse des EPZ RZ für das Verfahrensjahr 2017: TEIL G

Die eine Ausnahme betrifft die Anforderung an die OP-Zeit im Rahmen der Primärendoprothetik“. Diese besagt, dass weniger als 5% der Patienten eine Operationsdauer von weniger als 40 Minuten bzw. mehr als 100 Minuten aufweisen. Der Wert für das EPZ Ratzeburg liegt hier bei 6,25% (siehe Abbildung 3.12).

Die andere Ausnahme zielt auf den Qualitätsindikator „Pfanneninklination im Röntgenbild“ im Rahmen der Primärendoprothetik ab. Die Anforderung für diese Kennzahl besagt, dass für weniger als 5% der Patienten postoperativ eine Inklination von über 50° vorliegt. Der Wert für das EPZ Ratzeburg beträgt 9,4%.

In beiden Fällen liegen adäquate Begründungen vor.

Die vollständige Darstellung der graphischen Aufbereitungen der Ergebnisse für die Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen für den Bereich Hüfte ist dem **Anhang 3** zu entnehmen.

3.2.3 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für den Bereich Knie

Für den Bereich Knie kommen insgesamt 24 Qualitätsindikatoren (QI) mit 40 Kennzahlen zum Tragen (siehe Tabelle 3.2).

Tabelle 3.2: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für den Bereich Knie im Rahmen der Zertifizierung als Endoprothetikzentrum

Nr.	QI Knie	Kennzahl (= QI mit Messzeitpunkt)
1a	Röntgen Knie	Röntgen Knie - präoperativ
1b	Röntgen Knie	Röntgen Knie - postoperativ
2	Ganzbeinstandaufnahme oder Navigation	Ganzbeinstandaufnahme oder Navigation
3	Achsbestimmung	Achsbestimmung
4	Präoperative Prothesenplanung (**Primärendoprothetik**)	Präoperative Prothesenplanung (**Primärendoprothetik**)
5	Präoperative Prothesenplanung (**Wechseleingriff**)	Präoperative Prothesenplanung (**Wechseleingriff**)
6	Präoperative Prothesenplanung (**Frakturendoprothetik i.e.S.**)	Präoperative Prothesenplanung (**Frakturendoprothetik i.e.S.**)
7	OP-Zeit (**Primärendoprothetik**) < 40 Min oder > 120 Min	OP-Zeit (**Primärendoprothetik**) < 40 Min oder > 120 Min
8a	Periprothetische Infektion (**Primärendoprothetik**)	Periprothetische Infektion (**Primärendoprothetik**) - stationärer Aufenthalt
8b	Periprothetische Infektion (**Primärendoprothetik**)	Periprothetische Infektion (**Primärendoprothetik**) - 90 Tage nach Index-OP
9a	Periprothetische Infektion (**Wechseleingriff**)	Periprothetische Infektion (**Wechseleingriff**) - stationärer Aufenthalt
9b	Periprothetische Infektion (**Wechseleingriff**)	Periprothetische Infektion (**Wechseleingriff**) - 90 Tage nach Index-OP
10a	Periprothetische Infektion (**Frakturendoprothetik i.e.S.**)	Periprothetische Infektion (**Frakturendoprothetik i.e.S.**) - stationärer Aufenthalt
10b	Periprothetische Infektion (**Frakturendoprothetik i.e.S.**)	Periprothetische Infektion (**Frakturendoprothetik i.e.S.**) - 90 Tage nach Index-OP
11	Tragachsenwinkel (**Primärendoprothetik**)	Tragachsenwinkel (**Primärendoprothetik**)
12	Tragachsenwinkel (**Wechseleingriff**)	Tragachsenwinkel (**Wechseleingriff**)
13a	Anzahl periprothetischer Fissuren und/oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (**Primärendoprothetik**)	Anzahl periprothetischer Fissuren und/oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (**Primärendoprothetik**) - stationärer Aufenthalt
13b	Anzahl periprothetischer Fissuren und/oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (**Primärendoprothetik**)	Anzahl periprothetischer Fissuren und/oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (**Primärendoprothetik**) - 90 Tage nach Index-OP

Nr.	QI Knie	Kennzahl (= QI mit Messzeitpunkt)
14a	Anzahl periprothetischer Fissuren und/oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (**Wechseleingriff**)	Anzahl periprothetischer Fissuren und/oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (**Wechseleingriff**) - stationärer Aufenthalt
14b	Anzahl periprothetischer Fissuren und/oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (**Wechseleingriff**)	Anzahl periprothetischer Fissuren und/oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (**Wechseleingriff**) - 90 Tage nach Index-OP
15a	Rate an Re-Interventionen aufgrund operativ behandlungsbedürftiger Probleme	Rate an Re-Interventionen aufgrund operativ behandlungsbedürftiger Probleme - stationärer Aufenthalt
15b	Rate an Re-Interventionen aufgrund operativ behandlungsbedürftiger Probleme	Rate an Re-Interventionen aufgrund operativ behandlungsbedürftiger Probleme - 90 Tage nach Index-OP
16a	Thrombose/Embolie	Thrombose/Embolie - stationärer Aufenthalt
16b	Thrombose/Embolie	Thrombose/Embolie - 90 Tage nach Index-OP
17a	Sterblichkeit (**Primärendoprothetik**)	Sterblichkeit (**Primärendoprothetik**) - stationärer Aufenthalt
17b	Sterblichkeit (**Primärendoprothetik**)	Sterblichkeit (**Primärendoprothetik**) - 90 Tage nach Index-OP
18a	Sterblichkeit (**Wechseleingriff**)	Sterblichkeit (**Wechseleingriff**) - stationärer Aufenthalt
18b	Sterblichkeit (**Wechseleingriff**)	Sterblichkeit (**Wechseleingriff**) - 90 Tage nach Index-OP
19a	Sterblichkeit (**Frakturendoprothetik i.e.S.**)	Sterblichkeit (**Frakturendoprothetik i.e.S.**) - stationärer Aufenthalt
19b	Sterblichkeit (**Frakturendoprothetik i.e.S.**)	Sterblichkeit (**Frakturendoprothetik i.e.S.**) - 90 Tage nach Index-OP
20a	Neurologische Komplikationen (**Primärendoprothetik**)	Neurologische Komplikationen (**Primärendoprothetik**) - stationärer Aufenthalt
20b	Neurologische Komplikationen (**Primärendoprothetik**)	Neurologische Komplikationen (**Primärendoprothetik**) - 90 Tage nach Index-OP
21a	Neurologische Komplikationen (**Wechseleingriff**)	Neurologische Komplikationen (**Wechseleingriff**) - stationärer Aufenthalt
21b	Neurologische Komplikationen (**Wechseleingriff**)	Neurologische Komplikationen (**Wechseleingriff**) - 90 Tage nach Index-OP
22a	Neurologische Komplikationen (**Frakturendoprothetik i.e.S.**)	Neurologische Komplikationen (**Frakturendoprothetik i.e.S.**) - stationärer Aufenthalt
22b	Neurologische Komplikationen (**Frakturendoprothetik i.e.S.**)	Neurologische Komplikationen (**Frakturendoprothetik i.e.S.**) - 90 Tage nach Index-OP
23a	Patient Reported Outcome Measures (PROMs) (**Primärendoprothetik**)	Patient Reported Outcome Measures (PROMs) (**Primärendoprothetik**) - #prä-op, Kennzahlenvorjahr
23b	Patient Reported Outcome Measures (PROMs) (**Primärendoprothetik**)	Patient Reported Outcome Measures (PROMs) (**Primärendoprothetik**) - #3 oder 12 Monate, Kennzahlenvorjahr post-op
24a	Patient Reported Outcome Measures (PROMs) (**Wechseleingriff**)	Patient Reported Outcome Measures (PROMs) (**Wechseleingriff**)) - #prä-op, Kennzahlenvorjahr
24b	Patient Reported Outcome Measures (PROMs) (**Wechseleingriff**)	Patient Reported Outcome Measures (PROMs) (**Wechseleingriff**) - #3 oder 12 Monate, Kennzahlenvorjahr post-op

Das EPZ Ratzeburg kommt auch hier - wiederum mit zwei Ausnahmen - allen Anforderungen an die Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen nach (siehe exemplarisch Abbildung 3.14 bis Abbildung 3.16).

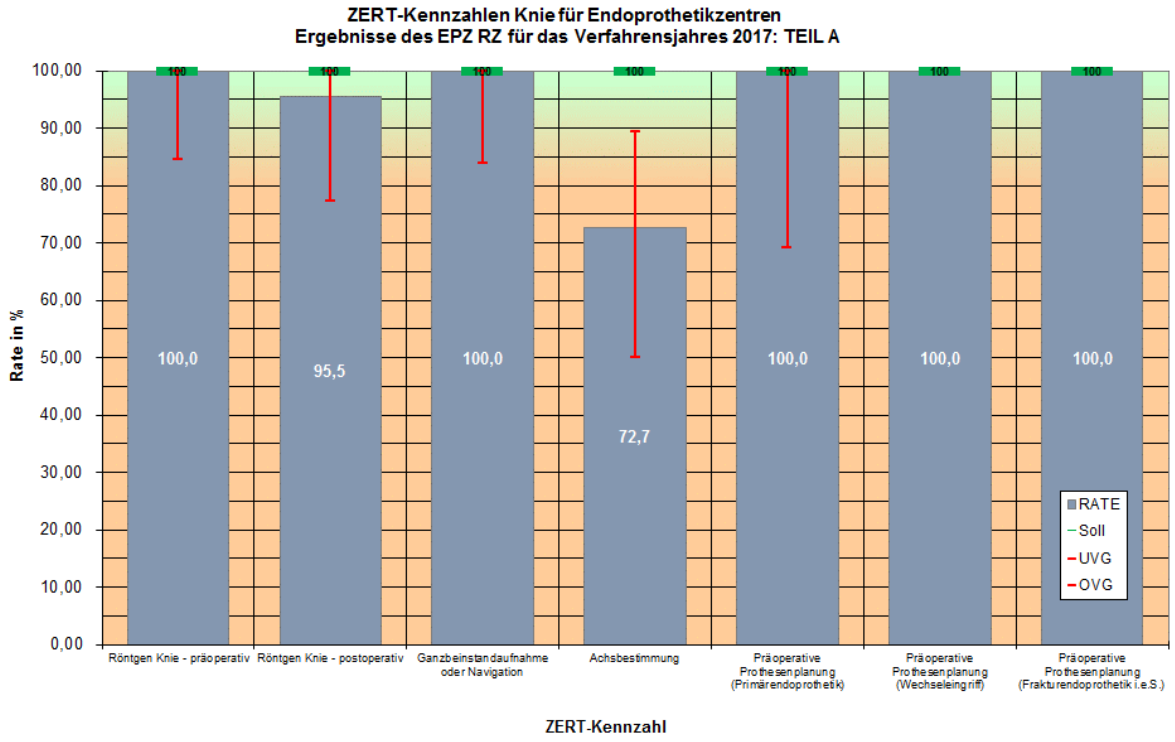


Abbildung 3.14: ZERT-Kennzahlen Knie für Endoprothetikzentren Ergebnisse des EPZ RZ für das Verfahrensjahr 2017: TEIL A

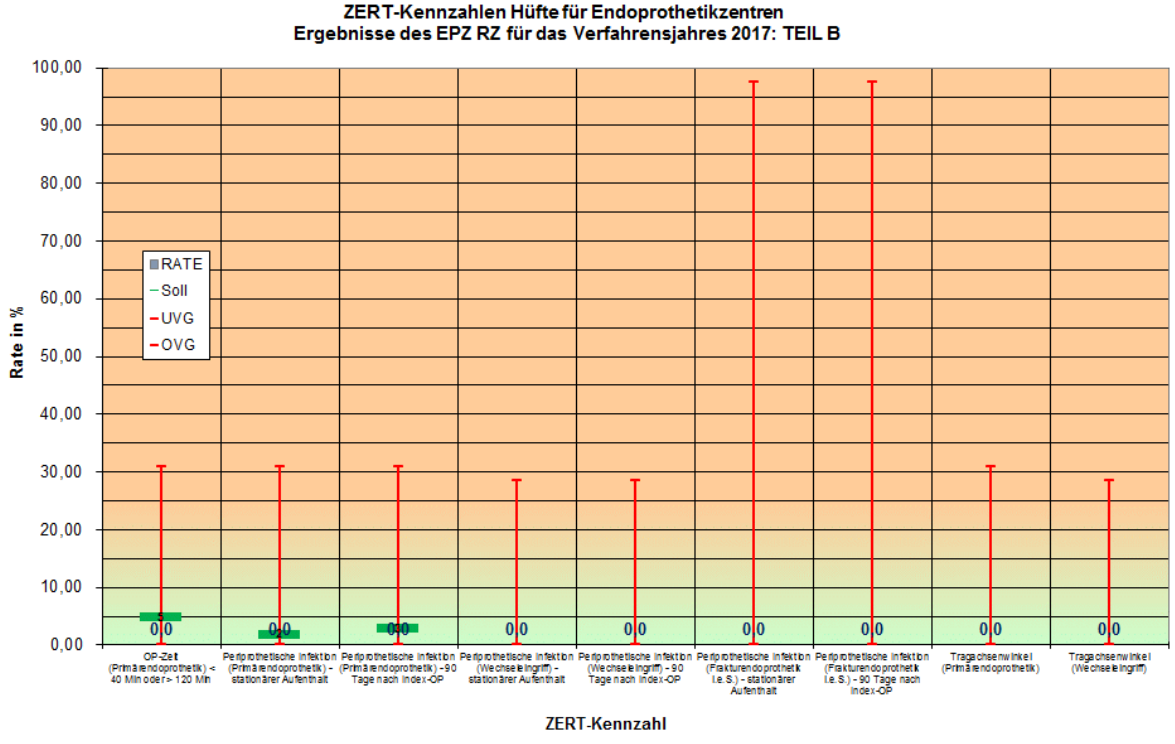


Abbildung 3.15: ZERT-Kennzahlen Knie für Endoprothetikzentren Ergebnisse des EPZ RZ für das Verfahrensjahr 2017: TEIL B

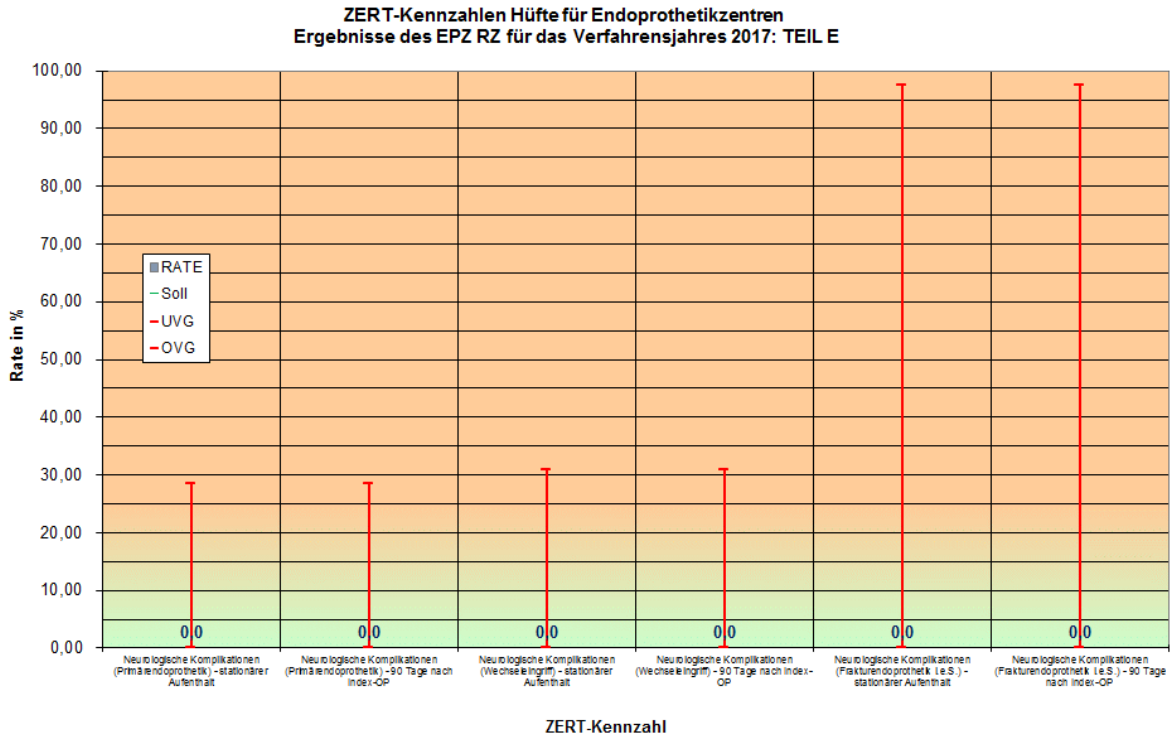


Abbildung 3.16: ZERT-Kennzahlen Knie für Endoprothetikzentren Ergebnisse des EPZ RZ für das Verfahrensjahr 2017: TEIL E

Die Ausnahmen betreffen hier zum einen den Qualitätsindikator „Röntgen Knie“ zum Messzeitpunkt „postoperativ“ und zum anderen den Qualitätsindikator „Achsbestimmung“.

Auch hier liegen in beiden Fällen adäquate Begründungen vor.

Die vollständige Darstellung der graphischen Aufbereitungen der Ergebnisse für die Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen für den Bereich Knie ist dem **Anhang 4** zu entnehmen.

4 Qualität aus Sicht der Einweiser

4.1 Einführung

4.1.1 Sinn und Zweck von Einweiserbefragungen

Zu den Anforderungen für die Zertifizierung als Endoprothetikzentrum gehört u.a. die Durchführung von Einweiserbefragungen. Im entsprechenden Erhebungsbogen heißt es hierzu:

> **2.7.1 Kooperation mit niedergelassenen Ärzten**
>
> Einweiserzufriedenheitsermittlung:
>
> Eine Einweiserzufriedenheitsermittlung ist mindestens alle 3 Jahre durchzuführen. Diese kann auch auf die gesamte Fachabteilung einschl. EndoProthetikZentrum bezogen sein.
>
> Das Ergebnis dieser Befragung ist auszuwerten, zu analysieren, im Leitungsgremium des Zentrums zu besprechen und per Protokoll nachzuweisen.

Vor diesem Hintergrund hat das DRK Krankenhauses Mölln-Ratzeburg im Frühjahr 2017 eine generelle Einweiserbefragung mit der Möglichkeit einer differenzierten Betrachtung für das EPZ mit folgender Zielsetzung durchgeführt:

1. Beurteilung der Einweiserzufriedenheit mit ausgewählten Aspekten zur Zusammenarbeit und der Behandlung von Patienten.
2. Gewinnung von Informationen über Problembereiche aus der Sicht der Einweiser, für die es sinnvoll und zweckmäßig ist, mit methodischen Werkzeugen des Qualitätsmanagements Verbesserungen/Veränderungen systematisch herbeizuführen.
3. Öffentlichkeitswirksame und zielgruppenorientierte Darstellung der Ergebnisse im Rahmen einer Spezial-Qualitätsberichterstattung (S-QBE).

Deutsches Rotes Kreuz
DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg

Einweiser-befragung 2017

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

eine gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Ihnen und unserem Krankenhaus ist für eine erfolgreiche und effiziente Versorgung unserer gemeinsamen Patientinnen und Patienten von besonderer Bedeutung. Deshalb möchten wir Sie - mit wissenschaftlicher Unterstützung - nach Ihren Erfahrungen fragen, die Sie in der Zusammenarbeit mit uns bisher gemacht haben.

Ergänzend zu der **Bewertung** der Zusammenarbeit möchten wir Sie aber auch bitten, uns mitzuteilen, welche Aspekte einer Einweiserbefragung aus Ihrer Sicht **wichtig** sind. Damit möchten wir zukünftige Einweiserbefragungen auf das notwendige Maß beschränken, um dann den wirklich wichtigen Handlungsbedarf in unserer Zusammenarbeit erkennen und geeignete Maßnahmen ergreifen zu können.

Folglich ist der vorliegende Erhebungsbogen diesmal etwas umfangreicher und gliedert sich in drei Teile:

Teil A: Bewertung ausgewählter Aspekte der Zusammenarbeit
Teil B: Zukünftige Aspekte für eine Einweiserbefragung[1]
Teil C: Freiwillige Angaben zur Praxis.

Die Teilnahme an der Befragung ist selbstverständlich freiwillig. Ebenso selbstverständlich werden Ihre Angaben absolut vertraulich behandelt und durch ein neutrales wissenschaftliches Institut ausgewertet.

Ihre Angaben und Erfahrungen werden uns helfen, Handlungsbedarf zu erkennen und geeignete Maßnahmen zu ergreifen, damit wir auch in Zukunft zum Wohl unserer gemeinsamen Patientinnen und Patienten erfolgreich kooperieren können.

Stecken Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen in den beiliegenden adressierten und frankierten Umschlag und geben ihn bitte **spätestens bis zum 20.02.2017** in die Post.

Über das Ergebnis der Einweiserbefragung können Sie sich dann auf der Homepage des DRK-Krankenhauses Mölln-Ratzeburg (www.drk-krankenhaus.de) informieren.

Wir möchten uns bereits jetzt schon für Ihre wertvolle Unterstützung bedanken.

Und nun zu den Fragen:

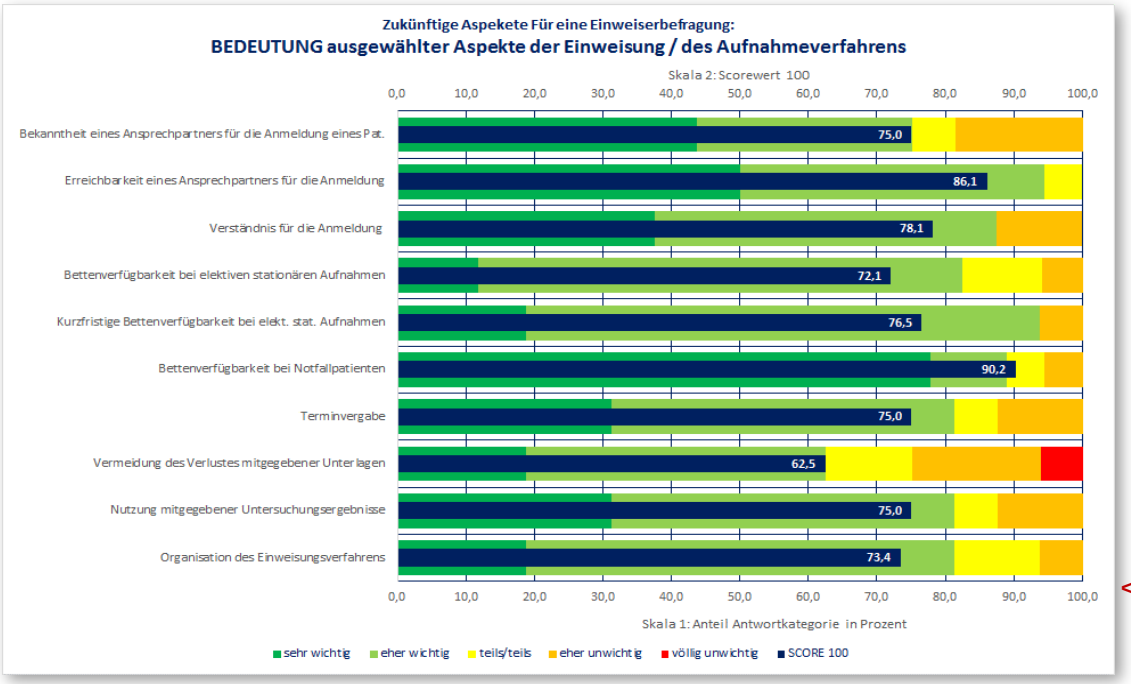
[1] Dieser Teil des Erhebungsbogens ist optional – wir würden uns aber sehr freuen, wenn Sie uns Ihre Einschätzungen hierzu mitteilen würden.

Mit dieser Einweiserbefragung sollte zudem eruiert werden, welche Aspekte aus Sicht der Befragten wichtig sind. Damit sollen zukünftige Einweiserbefragungen auf das notwendige Maß beschränkt werden, um dann den wirklich wichtigen Handlungsbedarf in der Zusammenarbeit erkennen und geeignete Maßnahmen ergreifen zu können.

An der Einweiserbefragung, die sich an die TOP 50 Einweiser des DRK-Krankenhauses Mölln-Ratzeburg richtete, nahmen - unter Berücksichtigung der Nachzügler - insgesamt 19 Einweiser teil. Gemessen an der Zahl der ausgewerteten Erhebungsbögen betrug die Rücklaufrate 32,1%. Diese liegt damit über dem für Einweiserbefragungen üblichen Wert.

4.1.2 Ergebnisaufbereitung - Leseanleitung

Die nachfolgenden graphischen Aufbereitungen der Ergebnisse der Einweiserbefragung erfolgen in Form von sogenannten **Balkendiagrammen**. Die Graphiken umfassen dabei eine zweidimensionale Darstellung:



<= Zweite Dimension

<= Erste Dimension

Die ***erste Dimension*** bezieht sich auf die ***prozentuale Häufigkeitsverteilung*** der Antworten - die entsprechende Skala ist in der Graphik unten mit der Bezeichnung „Anteil Antwortkategorien in Prozent“ angegeben. Sie reicht von 0% bis 100%. Die auf die einzelnen Antwortmöglichkeiten bezogenen prozentualen Häufigkeiten sind mit einer Farbskala versehen. Diese reicht - analog einer Ampeldarstellung - von *dunkelgrün* bis *rot*. Hierdurch soll - ungeachtet der ausstehenden Zieldefinition - ein schneller Überblick darüber gegeben werden, ob sich das Ergebnis insgesamt in einem „grünen“ Bereich befindet. Möglicher Handlungsbedarf wird dann durch *orange* und *rot* gekennzeichnete Häufigkeiten signalisiert.

Die ***zweite Dimension*** bezieht sich auf die ***Darstellung des Scorewertes*** - die entsprechende Skala ist in der Graphik oben angegeben und reicht von 0 bis 100.
Bei diesem Scorewert werden die einzelnen Antwortmöglichkeiten gewichtet und zu einem Gesamtwert zusammengefasst. Der Bestwert dieses - als blauer Balken dargestellten - SCORE 100 liegt bei 100 und der schlechteste Wert bei 0.

Zur Beurteilung, ob ein Scorewert als „unauffällig“ oder „auffällig“ und damit Handlungsbedarf auslösend ist, bedarf es - üblicherweise - dann einer **Zielvorgabe**.

4.2 Bewertung ausgewählter Aspekte der Zusammenarbeit

4.2.1 Umfang

Insgesamt basiert die Bewertung der Zusammenarbeit auf 65 geschlossenen und drei offenen Fragestellungen zu folgenden Aspekten:

- Einweisung/Aufnahmeverfahren
- Behandlung
- Entlassung
- Arztbrief nach dem Krankenhausaufenthalt
- Gesamteindruck bzgl. Kompetenz/Ruf, Ausstattung, Pflegerische Versorgung
- Gesamteindruck bzgl. Kommunikation/Information/Zusammenarbeit
- Gesamteindruck bzgl. Fortbildung sowie Hotel- und Serviceleistung
- Gesamteindruck bzgl. Patientenfeedback.

4.2.2 Bewertung ausgewählter Aspekte der Einweisung / des Aufnahmeverfahrens

Bei Scorewerten zwischen 64,1 und 77,9 kommen die befragten Einweiser in der Regel zu guten Bewertungen für die hier insgesamt 10 hinterfragten Aspekte (siehe Abbildung 4.1).

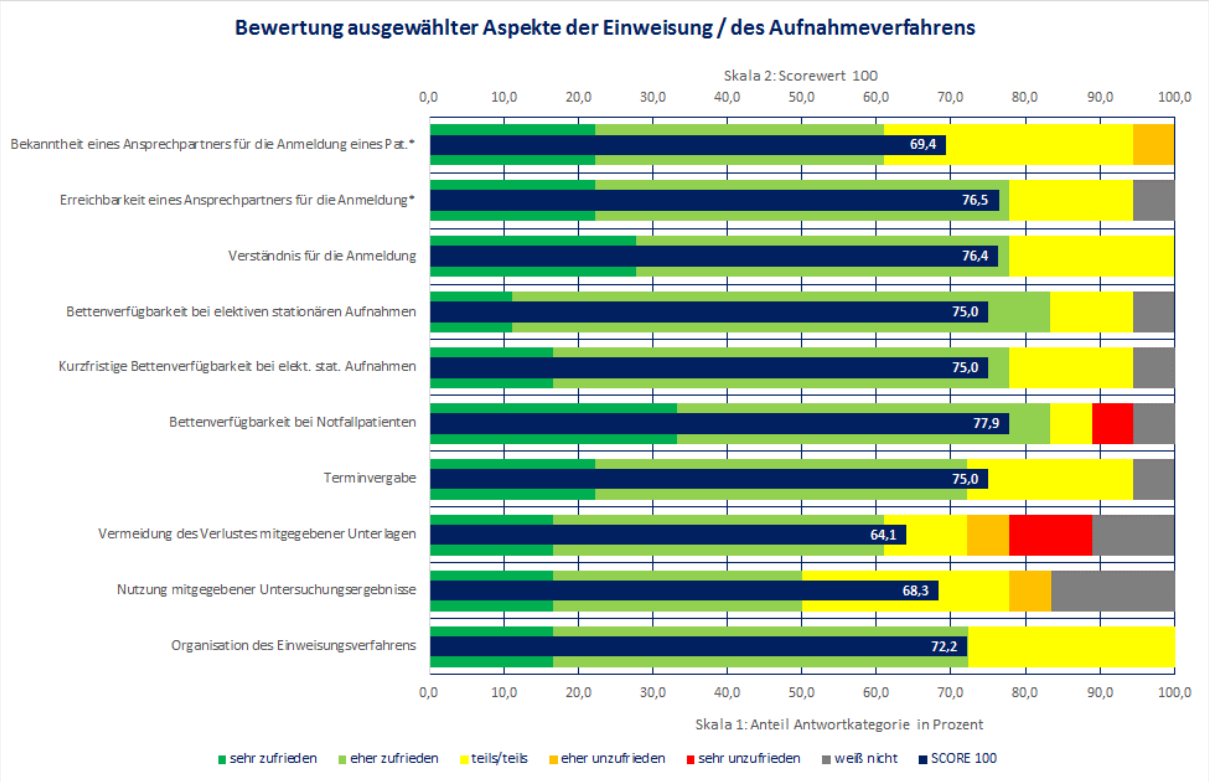


Abbildung 4.1: Bewertungsergebnisse ausgewählter Aspekte der Einweisung / des Aufnahmeverfahrens - Einweiserbefragung 2017

Am besten wird dabei der Aspekt *Bettenverfügbarkeit bei Notfallpatienten* bewertet; während der Aspekt *Vermeidung des Verlustes mitgegebener Unterlagen* am geringsten bewertet wird und - auf den ersten Blick - Anlass zur Überprüfung gibt.[16]

4.2.3 Bewertung ausgewählter Aspekte der Behandlung und der Entlassung

Geringer als für die Aspekte der Einweisung bzw. des Aufnahmeverfahrens fallen die Bewertungen für die insgesamt jeweils acht hinterfragten Aspekte der Behandlung (siehe Abbildung 4.2) und der Entlassung (siehe Abbildung 4.3) aus.

Für die ***Aspekte der Behandlung*** schwanken die Scorewerte zwischen 55,6 und 72,2 und signalisieren damit - wiederum auf den ersten Blick - durchaus Überprüfungsbedarf. Dies gilt v.a. für die Aspekte *Rücksprache der KH-Ärzte mit dem Einweiser im Rahmen des stationären Aufenthaltes*, *Aufklärung der Patienten*[17] und *Erreichbarkeit des Ansprechpartners*.

Hinsichtlich der ***Aspekte der Entlassung*** kommen die befragten Einweiser in der Regel zu Bewertungen, die - auch hier auf den ersten Blick - durchaus Handlungsbedarf auslösen.

[16] Inwieweit dann tatsächlich Handlungsbedarf besteht hängt zum einen von der Bedeutung dieses Aspektes aus Sicht der Einweiser und zum anderen von der Zielvorgabe bzgl. des Scorewertes für diesen Aspekt ab.

[17] Hinsichtlich des Aspektes Aufklärung der Patienten ist die Sichtweise der Einweiser nicht unbedingt deckungsgleich mit Sichtweise der Patienten. Diese bewerten nämlich die Aufklärung sehr positiv (siehe auch Kapitel 5).

Dies gilt v.a. für die Aspekte *Absprache bei der Verlegung der Patienten* und *Information des Einweisers über die geplante Entlassung*.[18]

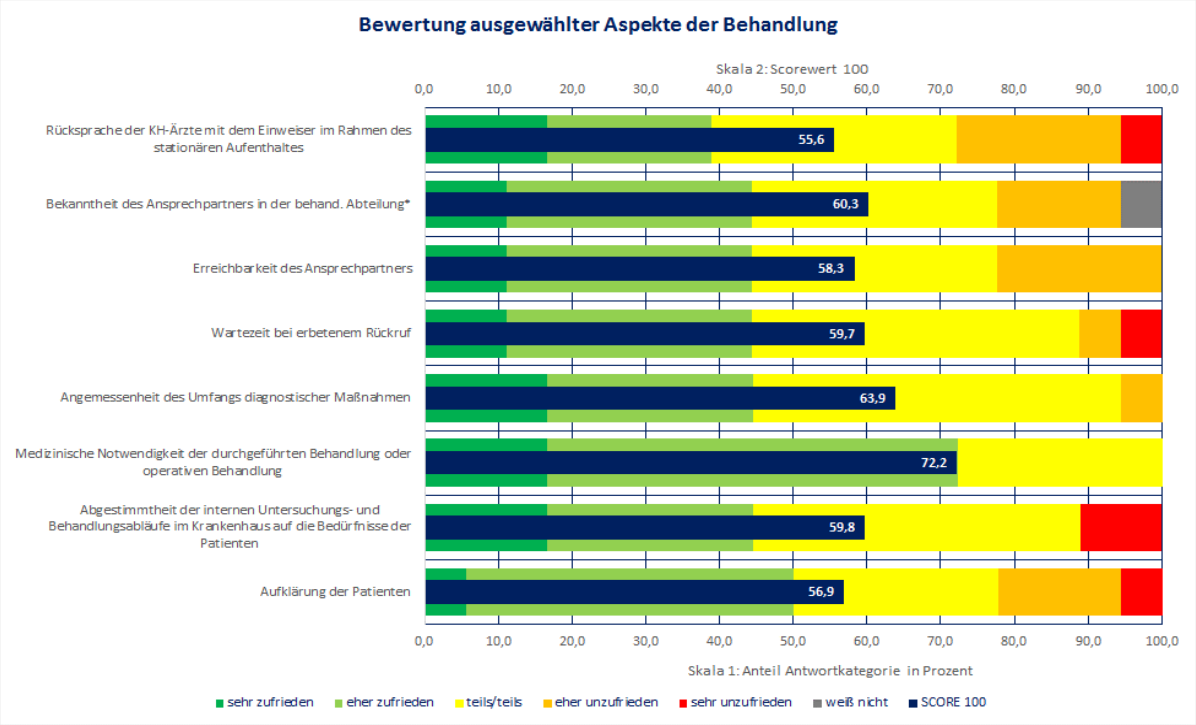


Abbildung 4.2: Bewertungsergebnisse ausgewählter Aspekte der Behandlung - Einweiserbefragung 2017

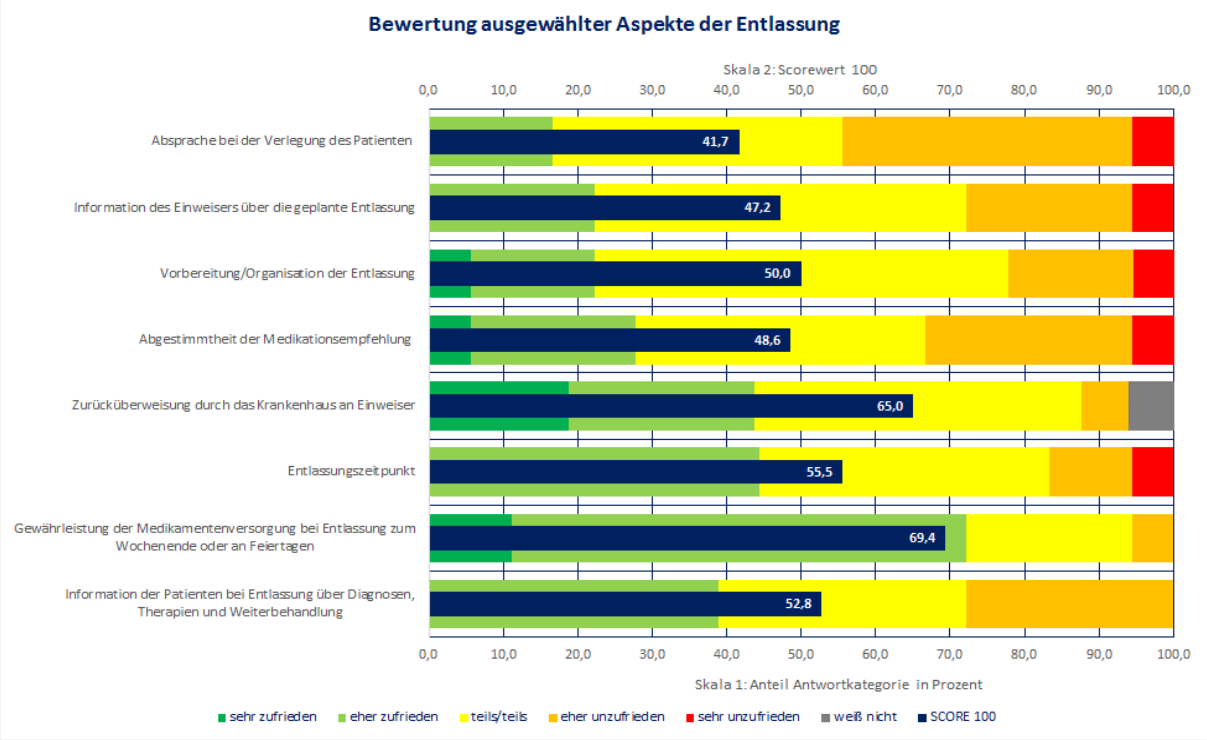


Abbildung 4.3: Bewertungsergebnisse ausgewählter Aspekte der Entlassung - Einweiserbefragung 2017

[18] Hierzu sei angemerkt, dass ab Oktober 2017 eine gesetzliche Regelung für Krankenhäuser bzgl. des Entlassungsmanagements in Kraft getreten ist. Mit der Umsetzung der damit verbundenen Anforderungen werden auch die hinterfragten Aspekte zur Entlassung aufgegriffen.

4.3 Zukünftige Aspekte für eine Einweiserbefragung

4.3.1 Umfang

Für die Auswahl zukünftiger Aspekte für Einweiserbefragungen ist die Wichtigkeit der zuvor bewerteten Aspekte hinterfragt worden. Insgesamt sind demzufolge auch hier 65 geschlossene Fragestellungen zu folgenden Aspekten beurteilt worden:

- Einweisung/Aufnahmeverfahren
- Behandlung
- Entlassung
- Arztbrief nach dem Krankenhausaufenthalt
- Gesamteindruck bzgl. Kompetenz/Ruf, Ausstattung, Pflegerische Versorgung
- Gesamteindruck bzgl. Kommunikation/Information/Zusammenarbeit
- Gesamteindruck bzgl. Fortbildung sowie Hotel- und Serviceleistung, Patientenfeedback
- Einweisungsverhalten und Wünsche/Anregungen

4.3.2 Bedeutung ausgewählter Aspekte der Einweisung / des Aufnahmeverfahrens

Fast ausnahmslos sprechen die befragten Einweiser den Aspekten der Einweisung bzw. des Aufnahmeverfahrens eine wichtige Bedeutung (siehe Abbildung 4.4).

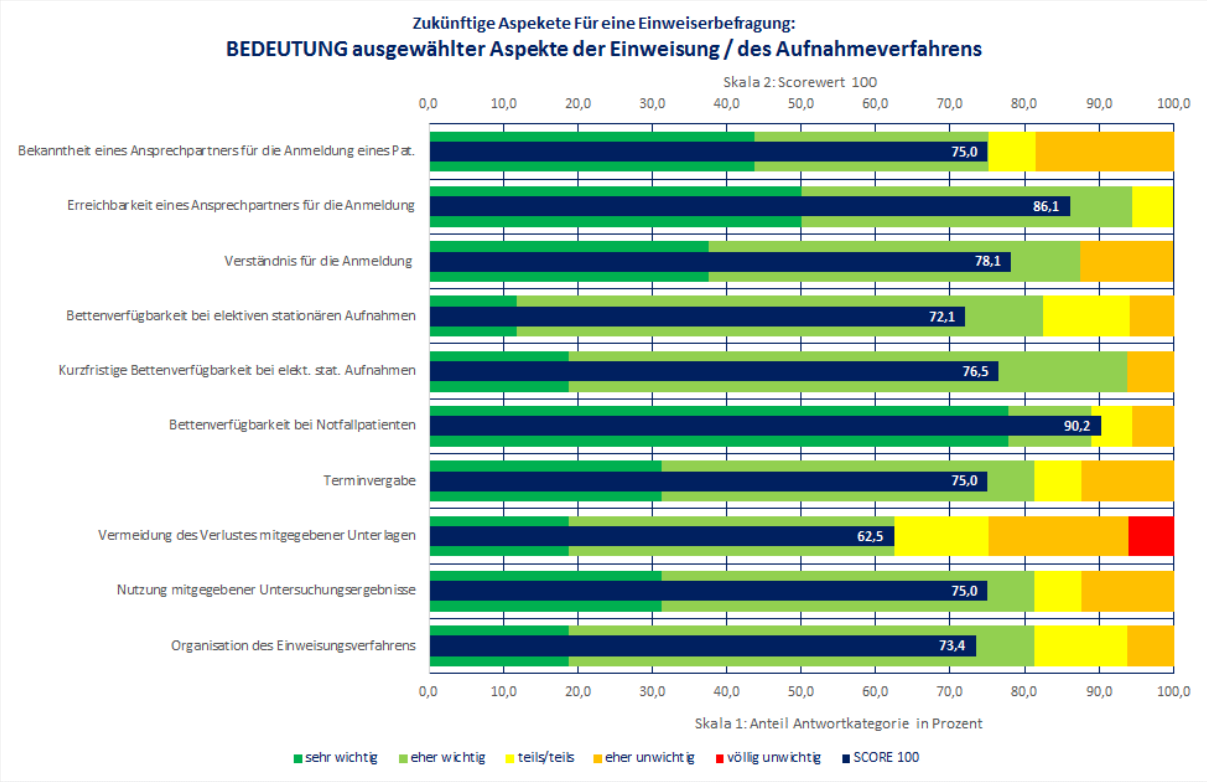


Abbildung 4.4: Bewertungsergebnisse ausgewählter Aspekte der Einweisung / des Aufnahmeverfahrens - Einweiserbefragung 2017

Einzig dem Aspekt *Vermeidung des Verlustes mitgegebener Unterlagen* wird eine geringere Bedeutung zugemessen. Für die übrigen Aspekte werden Scorewerte zwischen 72,1 und 90,2 ermittelt. Am wichtigsten sind die Aspekte *Bettenverfügbarkeit bei Notfallpatienten* und *Erreichbarkeit eines Ansprechpartners für die Anmeldung des Patienten*.

4.3.3 Zusammenfassung der wichtigen Aspekte für zukünftige Einweiserbefragung

Aufgrund der Ergebnisse der Einweiserbefragung 2017 zählen zu den wichtigsten Aspekten für zukünftige Einweiserbefragungen:

- **Einweisung / Aufnahmeverfahren:**
  - Bettenverfügbarkeit bei Notfallpatienten
  - Erreichbarkeit eines Ansprechpartners für die Anmeldung
  - Verständnis für die Anmeldung
  - Kurzfristige Bettenverfügbarkeit bei elektiven stationären Aufnahmen
- **Behandlung:**
  - Aufklärung der Patienten
  - Medizinische Notwendigkeit der durchgeführten Behandlung oder operativen Behandlung
  - Abgestimmtheit der internen Untersuchungs- und Behandlungsabläufe im Krankenhaus auf die Bedürfnisse der Patienten
  - Angemessenheit des Umfangs diagnostischer Maßnahmen
  - Rücksprache der KH-Ärzte mit dem Einweiser im Rahmen des stationären Aufenthaltes
- **Entlassung:**
  - Gewährleistung der Medikamentenversorgung bei Entlassung zum Wochenende oder an Feiertagen
  - Information der Patienten bei Entlassung über Diagnosen, Therapien und Weiterbehandlung
  - Abgestimmtheit der Medikationsempfehlung
  - Vorbereitung/Organisation der Entlassung
  - Information des Einweisers über die geplante Entlassung
  - Zurücküberweisung durch das Krankenhaus an Einweiser
  - Absprache bei der Verlegung des Patienten
  - Entlassungszeitpunkt
- **Arztbrief:**
  - Angabe der Medikation bei Entlassung im Arztbrief
  - Mitgabe des vorläufigen Arztbriefes
  - Informationsgehalt des endgültigen Arztbriefes
- **Nach dem Krankenhausaufenthalt:**
  - Abgestimmtheit der Medikationsempfehlung des Krankenhauses auf die Belange der niedergelassenen Ärzte
  - Wie oft treten Komplikationen nach der Entlassung auf?
- **Gesamteindrücke Teil 1: Kompetenz/Ruf, Ausstattung, Pflegerische Versorgung:**
  - Bewertung der pflegerischen Betreuung und Zuwendung*
  - Bewertung der Pflegequalität*
  - Bewertung der medizinischen Ausstattung der behandelnden Abteilung
  - Bewertung der medizinischen Ausstattung des Krankenhauses
  - Bewertung der fachlichen Kompetenz (Können und Wissen) des ärztlichen Personals

- **Gesamteindrücke Teil 2: Kommunikation/Information/Zusammenarbeit**
  - Generelle Beurteilung der Zusammenarbeit mit unserem Krankenhaus
- **Gesamteindrücke Teil 3: Fortbildung, Hotel- und Serviceleistungen, Patientenfeedback**
  - Wie zufrieden äußern sich Ihre Patienten generell über den Aufenthalt in unserem Krankenhaus?
  - Wie zufrieden äußern sich Ihre Patienten mit der fachlichen Betreuung?

4.4 Ergebnisse prioritärer Aspekte

Von besonderem Interesse bei der im Jahr 2017 durchgeführten Einweiserbefragung ist die Gegenüberstellung der Bedeutung und der Bewertung der hinterfragten Aspekte. Möglicher Handlungsbedarf ergibt sich insbesondere dann für die Aspekte, die eine hohe Bedeutung aus Sicht der Einweiser, aber eine geringe Bewertung erfahren haben, d.h. wenn die Bewertung „hinter" der Bedeutung zurückbleibt. Dies ist beispielsweise bei der *Aufklärung der Patienten* der Fall (siehe Abbildung 4.5).

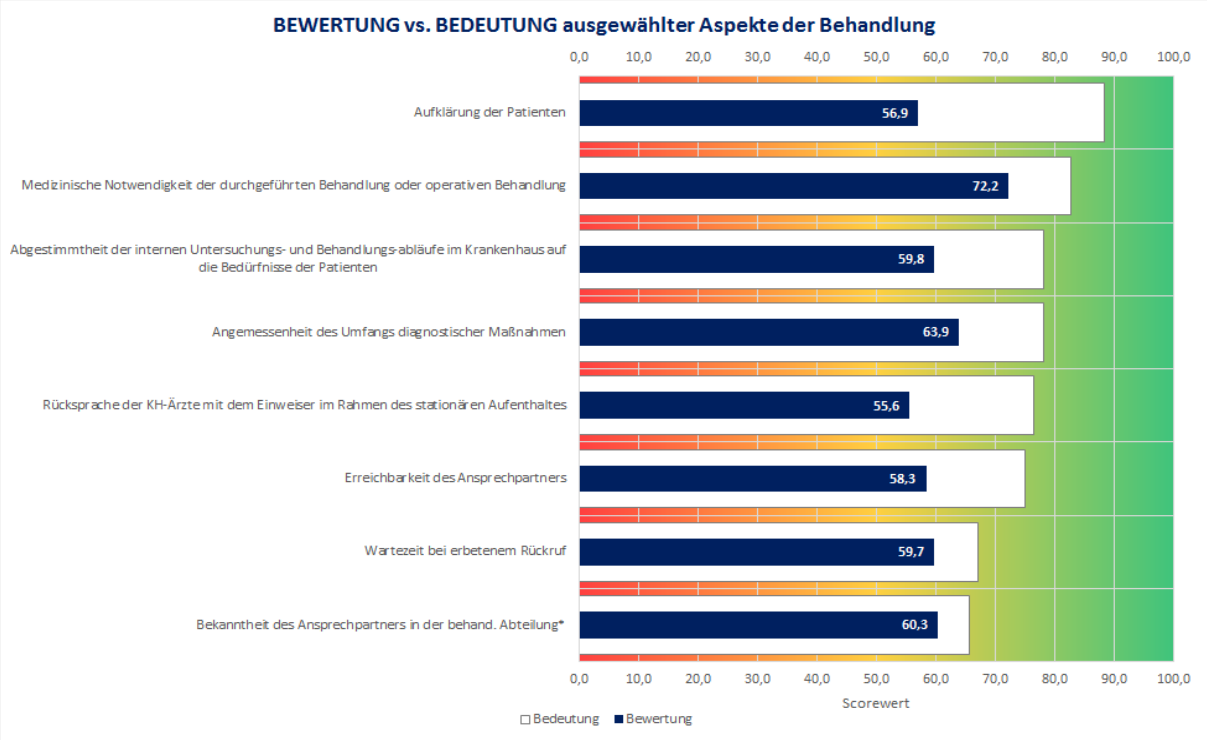


Abbildung 4.5: Bewertung vs. Bedeutung ausgewählter Aspekte der Behandlung - Einweiserbefragung 2017

Diesem Aspekt wird bei einem Scorewert von 88,3 eine starke Bedeutung aus Sicht der Einweiser zugewiesen. Demgegenüber bewerten die Einweiser den Aspekt allerdings bei einem Scorewert von 56,9 eher mäßig.

Ähnlich deutliche Unterschiede zwischen der Bedeutung und der Bewertung sind für ausgewählte Aspekte der Entlassung (siehe Abbildung 4.6) und bzgl. des Arztbriefes (siehe Abbildung 4.7) festzustellen.

Hinsichtlich der ***Aspekte der Entlassung*** sind diese Unterschiede besonders ausgeprägt bei den Aspekten *Absprache der Verlegung des Patienten* und *Information der Patienten bei Entlassung über Diagnosen, Therapien und Weiterbehandlung*.

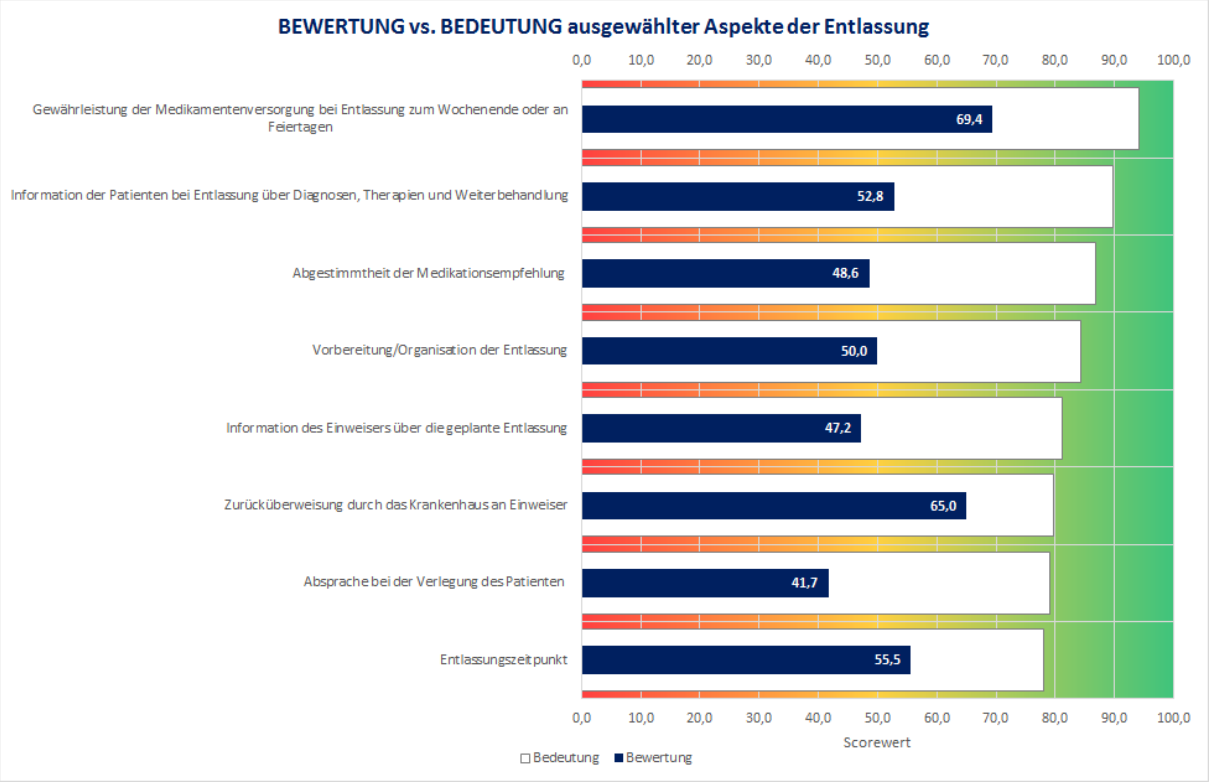


Abbildung 4.6: Bewertung vs. Bedeutung ausgewählter Aspekte der Entlassung - Einweiser-befragung 2017

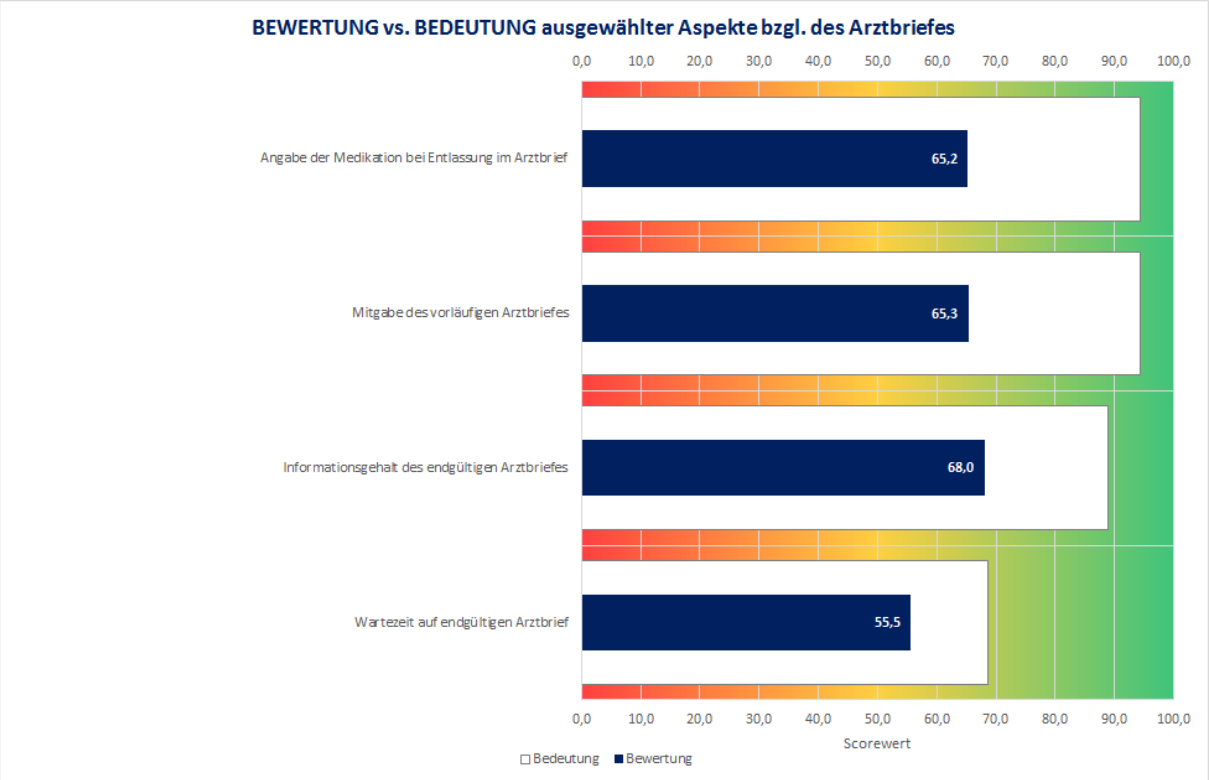


Abbildung 4.7: Bewertung vs. Bedeutung ausgewählter Aspekte bzgl. des Arztbriefes - Ein-weiserbefragung 2017

Beim Abgleich der Bewertung und der Bedeutung der ***Aspekte bzgl. des Arztbriefes*** sind die Unterschiede am größten für die Aspekte *Angabe der Medikation bei Entlassung im Arztbrief* und *Mitgabe des vorläufigen Arztbriefes*.

4.5 Umgang mit den Ergebnissen

Seitens des EPZ Ratzeburg werden aufgrund der Ergebnisse der Einweiserbefragung vorrangig für die nachfolgenden Aspekte **Verbesserungsmaßnahmen** ergriffen:

ad Einweisung/Aufnahme:

- Erreichbarkeit / Bekanntheit eines Ansprechpartners

ad Behandlung:

- Erreichbarkeit / Bekanntheit eines Ansprechpartner für die Behandlung
- Abgestimmtheit der internen Untersuchungs- und Behandlungsabläufe im Krankenhaus auf die Bedürfnisse des Patienten

Dies erfolgt - wie auch für die anderen Behandlungsaspekte wie die *Angemessenheit des Umfangs diagnostischer Maßnahmen* oder die *medizinische Notwendigkeit der durchgeführten Behandlung* - grundsätzlich im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.

ad Entlassung:

- Absprache bei der Verlegung des Patienten
- Information des Einweisers über die geplante Entlassung
- Vorbereitung/Organisation der Entlassung
- Abgestimmtheit der Medikationsempfehlung
- Zurücküberweisung durch das Krankenhaus an Einweiser
- Entlassungszeitpunkt
- Gewährleistung der Medikamentenversorgung bei Entlassung zum Wochenende oder an Feiertagen
- Information der Patienten bei Entlassung über Diagnosen, Therapien und Weiterbehandlung

Die notwendigen Verbesserungsmaßnahmen erfolgen hier im Rahmen der Etablierung des seit dem 01.10.2017 gesetzlich vorgeschriebenen Entlassungsmanagements unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Patientenbefragung.
Eingebunden in die Verbesserungsmaßnahmen werden hierbei auch die kritisch bewerteten Aspekte hinsichtlich des Arztbriefes.

Für einige aufgrund der Ergebnisse auffälligen Aspekte werden dagegen keine unmittelbaren Konsequenzen gezogen. Diese betreffen v.a.:

- Aufklärung der Patienten
- Bewertung der Pflegequalität
- Bewertung der pflegerischen Betreuung und Zuwendung
- Zufriedenheit des Patienten generell mit dem Krankenhausaufenthalt
- Zufriedenheit mit der fachlichen Betreuung

Im Zuge der Patientenbefragung des EPZ sind nämlich diesbezüglich sehr positive Voten seitens der Patienten abgegeben worden (siehe Kapitel 5).

Die ausführlichen Ergebnisse der Einweiserbefragung sind der Homepage des DRK Krankenhauses Mölln-Ratzeburg unter www.drk-krankenhaus.de/fachabteilungen/orthopaedie/endoprothetikzentrum/ zu entnehmen.

5 Qualität aus Sicht der Patienten

5.1 Einführung

5.1.1 Patientenorientierung als besonderes Merkmal des EPZ

Zu den Anforderungen für die Zertifizierung als Endoprothetik-Zentrum gehört neben einer Einweiserbefragung auch die Durchführung von Patientenbefragungen. Im entsprechenden Erhebungsbogen heißt es hierzu:

4.1 Patientenzufriedenheit

Die Ermittlung der Patientenzufriedenheit muss in folgenden Schritten erfolgen (ergänzende Ausführungen siehe auch Kap. 3.1.5):

Anforderungen EPZ und EPZmax

4.1.1 Zufriedenheit mit dem unmittelbaren Versorgungsprozess

1. Allen stationären Patienten muss die Möglichkeit eröffnet werden, ihre Meinung zum stationären Aufenthalt anonym äußern zu können (z. B. Beschwerdemanagementsystem, Kummerkasten).
2. Ein strukturiertes Patientenbefragungssystem muss für EndoProthetikZentrum-Patienten nachgewiesen werden. Folgende Varianten sind zugelassen:
   - Patientenbefragung vor der Entlassung
   - Patientenbefragung nach Abschluss aller Therapien durch Telefon, postalisch oder Vorortnachsorge.
3. Die Befragung ist regelmäßig, mindestens 1x jährlich, über wenigstens 4 Wochen durchzuführen.
4. Alle Daten sind zentral zu erfassen und müssen neutral ausgewertet werden.
5. Auswertung:
   - Die Verantwortung für die Auswertung ist festzulegen
   - Die Auswertung hat sich auf die Patienten des EndoProthetikZentrums zu beziehen
   - Eine protokollierte Auswertung hat mindestens 1x pro Jahr zu erfolgen
   - Auf Basis der Auswertung sind Maßnahmen festzulegen
   - Die Rücklaufquote muss dargestellt werden.

Sowohl unter methodischen Gesichtspunkten als auch aus dem Selbstverständnis für ein adäquates Qualitätsmanagement und einer hierbei ausgeprägten Patientenorientierung sind insbesondere die zeitlichen Vorgaben für die Patientenbefragung nicht sinnvoll.

Durch eine kontinuierliche Patientenbefragung dagegen kann die Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit der Patienten mit ausgewählten Aspekten der Behandlung permanent ermittelt werden. So lassen sich zum einen zeitnah wichtige Erkenntnisse im Hinblick auf notwendige Verbesserungen gewinnen und zum anderen kann der Erfolg von eingeleiteten Verbesserungsmaßnahmen ebenfalls zeitnah bewertet werden.

Ausgehend von einem erfolgreichen Pretest der Patientenbefragung zum Zeitpunkt der Entlassung im Zeitraum November 2016 bis Februar 2017 führt das EPZ Ratzeburg führt seit Mitte 2017 kontinuierliche Patientenbefragungen und zwar sowohl zum Zeitpunkt der Entlassung als auch 1 Jahr nach dem operativen Eingriff durch.

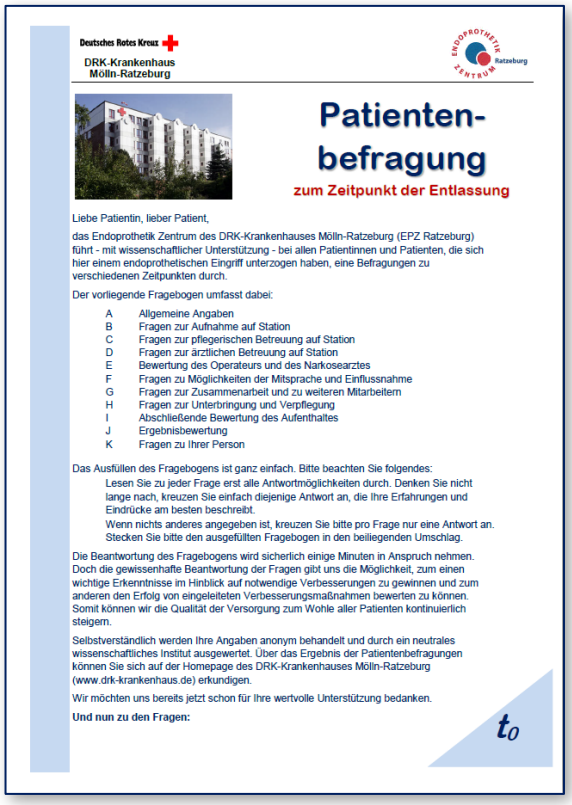
5.1.2 Zielsetzung und Durchführungsplanung

Vorrangige ***Zielsetzung*** der Patientenbefragung sowohl zum ***Zeitpunkt der Entlassung*** als auch ***1 Jahr nach Entlassung*** ist:

1. Kontinuierliche Beurteilung der Patientenzufriedenheit mit ausgewählten Aspekten v.a. während des stationären Aufenthaltes respektive 1 Jahr nach der Entlassung.
2. Gewinnung von Informationen über Problembereiche aus der Sicht der Patienten, für den es sinnvoll und zweckmäßig ist, mit methodischen Werkzeugen des Qualitätsmanagements Verbesserungen / Veränderungen systematisch herbeizuführen.
3. Öffentlichkeitswirksame und zielgruppenorientierte Darstellung der Ergebnisse im Rahmen einer Spezial-Qualitätsberichterstattung (S-QBE).

Für die Befragung zum ***Zeitpunkt der Entlassung*** kommt aktuell ein achtseitiger Erhebungsbogen zum Einsatz (siehe Abbildung 5.1). Dieser wird an ***alle*** Patientinnen und Patienten ausgeteilt, die sich einer endoprothetischen Behandlung im EPZ Ratzeburg unterziehen. Ausgenommen hiervon sind jedoch Patientinnen und Patienten, die aufgrund kognitiver und körperlicher Einschränkungen nicht in der Lage sind, die Beantwortung des Fragebogens eigenständig durchzuführen.

Gerade im Hinblick auf die Beurteilung der Nachhaltigkeit der endprothetischen Behandlung im EPZ Ratzeburg ist die Befragung der Patientinnen und Patienten des EPZ **1 Jahr nach der Entlassung** von besonderem Interesse. Neben der Beurteilung der Patientenzufriedenheit zu ausgewählten Aspekten erfolgt hier auch eine Beurteilung der Ergebnisqualität aus Sicht der im EPZ Ratzeburg operativ behandelten Patientinnen und Patienten. Hierzu kommt aktuell ein fünfseitiger Erhebungsbogen zum Einsatz (siehe Abbildung 5.2).



Deutsches Rotes Kreuz
DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg

Patienten-befragung
zum Zeitpunkt der Entlassung

Liebe Patientin, lieber Patient,

das Endoprothetik Zentrum des DRK-Krankenhauses Mölln-Ratzeburg (EPZ Ratzeburg) führt - mit wissenschaftlicher Unterstützung - bei allen Patientinnen und Patienten, die sich hier einem endoprothetischen Eingriff unterzogen haben, eine Befragungen zu verschiedenen Zeitpunkten durch.

Der vorliegende Fragebogen umfasst dabei:

A Allgemeine Angaben
B Fragen zur Aufnahme auf Station
C Fragen zur pflegerischen Betreuung auf Station
D Fragen zur ärztlichen Betreuung auf Station
E Bewertung des Operateurs und des Narkosearztes
F Fragen zu Möglichkeiten der Mitsprache und Einflussnahme
G Fragen zur Zusammenarbeit und zu weiteren Mitarbeitern
H Fragen zur Unterbringung und Verpflegung
I Abschließende Bewertung des Aufenthaltes
J Ergebnisbewertung
K Fragen zu Ihrer Person

Das Ausfüllen des Fragebogens ist ganz einfach. Bitte beachten Sie folgendes:
Lesen Sie zu jeder Frage erst alle Antwortmöglichkeiten durch. Denken Sie nicht lange nach, kreuzen Sie einfach diejenige Antwort an, die Ihre Erfahrungen und Eindrücke am besten beschreibt.
Wenn nichts anderes angegeben ist, kreuzen Sie bitte pro Frage nur eine Antwort an.
Stecken Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen in den beiliegenden Umschlag.

Die Beantwortung des Fragebogens wird sicherlich einige Minuten in Anspruch nehmen. Doch die gewissenhafte Beantwortung der Fragen gibt uns die Möglichkeit, zum einen wichtige Erkenntnisse im Hinblick auf notwendige Verbesserungen zu gewinnen und zum anderen den Erfolg von eingeleiteten Verbesserungsmaßnahmen bewerten zu können. Somit können wir die Qualität der Versorgung zum Wohle aller Patienten kontinuierlich steigern.

Selbstverständlich werden Ihre Angaben anonym behandelt und durch ein neutrales wissenschaftliches Institut ausgewertet. Über das Ergebnis der Patientenbefragungen können Sie sich auf der Homepage des DRK-Krankenhauses Mölln-Ratzeburg (www.drk-krankenhaus.de) erkundigen.

Wir möchten uns bereits jetzt schon für Ihre wertvolle Unterstützung bedanken.

Und nun zu den Fragen:

t_0

Abbildung 5.1: Inhalte des Fragebogens zum Zeitpunkt der Entlassung

Deutsches Rotes Kreuz
DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg

Patienten-befragung
1 Jahr nach Entlassung

Liebe Patientin, lieber Patient,

das Endoprothetik Zentrum des DRK-Krankenhauses Mölln-Ratzeburg (EPZ Ratzeburg) führt - mit wissenschaftlicher Unterstützung - bei allen Patientinnen und Patienten, die sich hier einem endoprothetischen Eingriff unterzogen haben, eine Befragungen zu verschiedenen Zeitpunkten durch. Die erste Befragung erfolgte unmittelbar zum Zeitpunkt der Entlassung. Seitdem ist nunmehr 1 Jahr vergangen.

Mit dieser erneuten Befragung möchten wir wissen, wie es Ihnen heute geht und ob es zu Problemen gekommen ist.

Der vorliegende Fragebogen umfasst dabei:

A Ausgangslage
B Aktuelles Befinden
C Grundsätzliche Zufriedenheit mit der Betreuung nach dem stationären Aufenthalt (Weiterbehandlung)
D Ergebnisbewertung
E Fragen zu Ihrer Person

Das Ausfüllen des Fragebogens ist ganz einfach. Bitte beachten Sie folgendes:
Lesen Sie zu jeder Frage erst alle Antwortmöglichkeiten durch. Denken Sie nicht lange nach, kreuzen Sie einfach diejenige Antwort an, die Ihre Erfahrungen und Eindrücke am besten beschreibt.
Wenn nichts anderes angegeben ist, kreuzen Sie bitte pro Frage nur eine Antwort an.
Stecken Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen in den beiliegenden Umschlag und geben ihn in die Post.

Die Beantwortung des Fragebogens wird sicherlich einige Minuten in Anspruch nehmen. Doch die gewissenhafte Beantwortung der Fragen gibt uns die Möglichkeit, zum einen wichtige Erkenntnisse im Hinblick auf notwendige Verbesserungen zu gewinnen und zum anderen den Erfolg von eingeleiteten Verbesserungsmaßnahmen bewerten zu können. Somit können wir die Qualität der Versorgung zum Wohle aller Patienten kontinuierlich steigern.

Selbstverständlich werden Ihre Angaben anonym behandelt und durch ein neutrales wissenschaftliches Institut ausgewertet. Über das Ergebnis der Patientenbefragungen können Sie sich auf der Homepage des DRK-Krankenhauses Mölln-Ratzeburg (www.drk-krankenhaus.de) erkundigen.

Wir möchten uns bereits jetzt schon für Ihre wertvolle Unterstützung bedanken.

Und nun zu den Fragen:

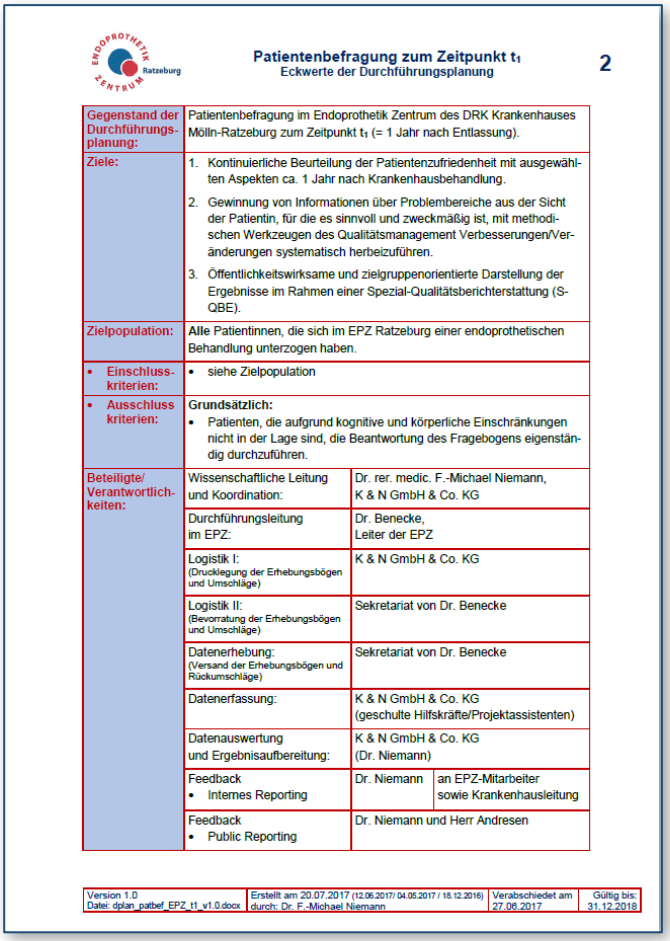
t_1

Abbildung 5.2: Inhalte des Fragebogens zum Zeitpunkt 1 Jahr nach Entlassung

Dieser wird auf dem Postweg an ***alle*** Patientinnen und Patienten ausgeteilt, die sich einer endoprothetischen Behandlung im EPZ Ratzeburg unterziehen. Ausgenommen hiervon sind jedoch Patientinnen und Patienten, die aufgrund kognitiver und körperlicher Einschränkungen nicht in der Lage sind, die Beantwortung des Fragebogens eigenständig durchzuführen.

Allen bisher etablierten Patientenbefragungen liegen adäquate ***Durchführungsplanungen*** zugrunde. Diese regeln insbesondere die in allen Standorten einheitliche Vorgehensweise bei der Datengewinnung. Hierbei wird auf folgende Aspekte eingegangen:

- Ausgangslage
- Gegenstand der Durchführungsplanung
- Ziel
- Zielpopulation
- Beteiligte/Verantwortlichkeiten
- Auflistung aller zu dokumentierenden Variablen
- Art der Untersuchung
- Fallzahl und Laufzeit
- Qualitätsbeurteilung
- Datenquellen
- Art und Vorgehensweise der Datengewinnung
- Datenerfassung
- Datenaufbereitung
- Auswertungsmethodik
- Feedback
- Mitgeltende Dokumente



Patientenbefragung zum Zeitpunkt t_1 2
Eckwerte der Durchführungsplanung

Gegenstand der Durchführungs-planung:	Patientenbefragung im Endoprothetik Zentrum des DRK Krankenhauses Mölln-Ratzeburg zum Zeitpunkt t_1 (= 1 Jahr nach Entlassung).	
Ziele:	1. Kontinuierliche Beurteilung der Patientenzufriedenheit mit ausgewählten Aspekten ca. 1 Jahr nach Krankenhausbehandlung. 2. Gewinnung von Informationen über Problembereiche aus der Sicht der Patientin, für die es sinnvoll und zweckmäßig ist, mit methodischen Werkzeugen des Qualitätsmanagement Verbesserungen/Veränderungen systematisch herbeizuführen. 3. Öffentlichkeitswirksame und zielgruppenorientierte Darstellung der Ergebnisse im Rahmen einer Spezial-Qualitätsberichterstattung (S-QBE).	
Zielpopulation:	**Alle** Patientinnen, die sich im EPZ Ratzeburg einer endoprothetischen Behandlung unterzogen haben.	
• Einschluss-kriterien:	• siehe Zielpopulation	
• Ausschluss kriterien:	**Grundsätzlich:** • Patienten, die aufgrund kognitive und körperliche Einschränkungen nicht in der Lage sind, die Beantwortung des Fragebogens eigenständig durchzuführen.	
Beteiligte/ Verantwortlich-keiten:	Wissenschaftliche Leitung und Koordination:	Dr. rer. medic. F.-Michael Niemann, K & N GmbH & Co. KG
	Durchführungsleitung im EPZ:	Dr. Benecke, Leiter der EPZ
	Logistik I: (Drucklegung der Erhebungsbögen und Umschläge)	K & N GmbH & Co. KG
	Logistik II: (Bevorratung der Erhebungsbögen und Umschläge)	Sekretariat von Dr. Benecke
	Datenerhebung: (Versand der Erhebungsbögen und Rückumschläge)	Sekretariat von Dr. Benecke
	Datenerfassung:	K & N GmbH & Co. KG (geschulte Hilfskräfte/Projektassistenten)
	Datenauswertung und Ergebnisaufbereitung:	K & N GmbH & Co. KG (Dr. Niemann)
	Feedback • Internes Reporting	Dr. Niemann an EPZ-Mitarbeiter sowie Krankenhausleitung
	Feedback • Public Reporting	Dr. Niemann und Herr Andresen

Version 1.0 Datei: dplan_patbef_EPZ_t1_v1.0.docx	Erstellt am 20.07.2017 (12.06.2017/ 04.05.2017 / 18.12.2016) durch: Dr. F.-Michael Niemann	Verabschiedet am 27.06.2017	Gültig bis: 31.12.2018

5.1.3 Ergebnisse der Patientenbefragungen zum Nachlesen

Das EPZ Ratzeburg strebt einen offensiven Umgang mit den Ergebnissen der Patientenbefragungen an. So werden die Ergebnisse der Jahresauswertungen der Patientenbefragungen v.a. auch auf der Homepage des DRK Krankenhauses Mölln-Ratzeburg (www.drk-krankenhaus.de/fachabteilungen/orthopaedie/endoprothetikzentrum/) eingestellt.

5.1.4 Wie sind die vorliegenden Ergebnisse zu verstehen?

Grundlage des vorliegenden 1. Qualitätsberichtes des EPZ Ratzeburg sind die Ergebnisse der Patientenbefragung zum Zeitpunkt der Entlassung für das Verfahrensjahr 2017 und die Ergebnisse der Patientenbefragung zum Zeitpunkt 1 Jahr nach Entlassung für die Verfahrensjahre 2017 und 2018. Die Ergebnisse basieren dabei auf den Angaben zu den Fragestellungen aller ausgewerteten Erhebungsbögen. Bei der Patientenbefragung zum Zeitpunkt der Entlassung handelt es sich um hierbei um 122 in der Regel sehr einfache Fragen zu 11 Bereichen und bei der Patientenbefragung zum Zeitpunkt der 1 Jahr nach Entlassung handelt es sich um 72 in der Regel sehr einfache Fragen zu 5 Bereichen.

In der Regel handelt es sich dabei um sogenannte Ratingfragen, also Fragestellungen bei denen eine Bewertung vorzunehmen ist.

Beispiel:

Hierzu ist für jede Ratingfrage (= Bewertungsfrage) eine sogenannte **Qualitätskennzahl** bzw. ein **Qualitätsindikator** definiert worden.

Hierbei ist Folgendes zu beachten:

Zur Beurteilung der Qualität bedarf es üblicherweise **Qualitätsziele**. So werden mit der Festlegung von Qualitätszielen zum einen **Qualitätsmerkmale** benannt; aber erst durch die Operationalisierung von Qualitätszielen durch **Qualitätskennzahlen** (= **Qualitätsindikatoren**) werden Qualitätsmerkmale beurteilbar, v.a. hinsichtlich der Zielerreichung (siehe Übersicht 5.1).

Qualitätskennzahl (Qualitätsindikator)	⇔	**Qualitätsmerkmal**	⇔	***Qualitätsziel***
Komplikationsrate = Patienten mit postoperat. Komplikation / alle Patienten	⇔	Postoperative Komplikation	⇔	selten postoperative Komplikationen

Übersicht 5.1: Zusammenhang zwischen Qualitätsmerkmal, Qualitätskennzahl und Qualitätsziel

Grundsätzlich ist also ein Qualitätsindikator ein quantitatives Maß, das zur Messung und zur Bewertung der Qualität wichtiger Ergebnisse, Prozesse und Strukturen der Gesundheitsversorgung genutzt werden kann. Ein Qualitätsindikator ist dabei nicht immer ein direktes Maß der Qualität. Er ist häufig ein Werkzeug, das - auch in Zusammenschau mit

anderen Indikatoren - die Aufmerksamkeit auf gute Versorgungslösungen und potentielle Problembereiche lenkt.[19]

Zur Beurteilung der Qualität bedarf es dann ***Referenzwerte bzw. -bereiche***[20] und sinnvollerweise die Berücksichtigung der zugehörigen ***Konfidenzintervalle***[21] des betrachteten Ergebnisses.

Bei den für die Ratingfragen (= Bewertungsfragen) der Patientenbefragungen definierten **Qualitätskennzahlen** bzw. **Qualitätsindikatoren** wird unterschieden zwischen zwei ***Scorewerten*** – dem Score 100 und dem Score (0-4).

Score 100:

Ergänzend zu den Angaben der prozentualen Häufigkeiten der einzelnen Antwortkategorien bei den jeweiligen Fragenstellungen ist als eine zusammenfassende Ergebnisgröße der sogenannte Scorewert berechnet worden. Auf der Grundlage der einzelnen Antwortkategorien wird dabei eine Gewichtung vorgenommen. Hierbei gilt z.B.: 100 = sehr zufrieden, 75 = eher zufrieden, 50 = teils/teils, 25 = eher unzufrieden und 0 = sehr unzufrieden. Der Bestwert für diesen Score liegt dann bei 100 und der schlechteste Wert bei 0.

Beispiel:

Qualitätsmerkmal:	*Genaue* Information über den organisatorischen Ablauf auf Station
Qualitätsindikator:	Bewertung der *genauen* Information über den organisatorischen Ablauf auf Station
Berechnungsgröße:	Scorewert
Wertebereich:	0 bis 100
Qualitätsziel:	100

Score (0-4):

Dieser kommt bei den Ergebnisbewertungen zu den Schmerzen, der Steifigkeit und zu den Schwierigkeiten bei körperlichen Tätigkeiten zum Tragen. Hierbei gilt dann z.B.: 0 = keine Schmerzen, 1 = geringe Schmerzen, 2 = mäßige Schmerzen, 3 = starke Schmerzen, 4 = sehr starke Schmerzen. Der Bestwert für diesen Score liegt dann bei 0 und der schlechteste Wert bei 4.

[19] Eine ausführliche Auseinandersetzung mit Qualitätsindikatoren ist mit dem Positionspapier der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. (GQMG) zu „Qualitätsindikatoren in der Gesundheitsversorgung“ gegeben.

[20] Referenzbereich ist derjenige Bereich eines Qualitätsindikators, der mit guter Qualität in Verbindung gebracht wird. Es wird in diesem Zusammenhang auch vom Unauffälligkeitsbereich bzw. Auffälligkeitsbereich gesprochen.

[21] De Aussagekraft von Ergebnissen in Form von statistischen Kennwerten und damit auch die Beurteilungsfähigkeit möglicher Unterschiede gerade im (Krankenhaus-) Vergleich hängt sehr stark von der oder den zugrundeliegenden Fallzahlen ab. Diesem Umstand wird gerade bei der Darstellung von Kennzahlen wie etwa für Qualitätsindikatoren oder OP-Kennzahlen nur selten Rechnung getragen. Zwei scheinbar identischen Komplikationsraten oder Auslastungsraten wird im Krankenhausvergleich daher a-priori in der Regel nur wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Gleiches gilt auch, wenn sich die zu vergleichenden Ergebnisse - scheinbar - nur gering voneinander unterscheiden.
Gerade aber die Fähigkeit „Unterschiede zuverlässig entdecken zu können“ verlangt besondere Hilfestellung seitens der Statistik. Dies geschieht beispielsweise durch die Verwendung von Konfidenzintervallen, auch Vertrauensbereiche genannt. Hierdurch erfolgt im Wesentlichen eine Berücksichtigung der dem Ergebnis zugrundeliegenden Fallzahl. Vereinfacht ausgedrückt bedeutet dies, je größer die zugrundeliegende Fallzahl, desto geringer die Breite des Konfidenzintervalls und desto zuverlässiger das Ergebnis. Die Breite des Konfidenzintervalls wird dabei durch die untere Vertrauensgrenze (UVG) und obere Vertrauensgrenze (OVG) bestimmt. Sich nicht überlappende Konfidenzintervalle geben dann einen Hinweis auf statistische Signifikanz des Unterschiedes der betrachten Ergebnisse wie Komplikationsraten oder Auslastungsraten.

Die **graphische Darstellung** der Ergebnisse erfolgt in Form von sogenannten Kreisdiagrammen, Balkendiagrammen oder Säulendiagrammen.

Bei den **Kreisdiagrammen** nehmen die einzelnen Antwortmöglichkeiten so viel Fläche ein wie es ihrem prozentualen Anteil entspricht.

Beispiel:

Auf die Frage „Wurden Sie bei Ihrer Aufnahme genau über den organisatorischen Ablauf auf der Station informiert“ antwortet knapp die Hälfte - nämlich 42% der Patienten - mit „ja“, 10% der Patienten mit „eher ja“. Jeweils 11% der Patienten gaben „teils ja/teils nein“ bzw. „eher nein“ an. 28% der Patienten sind der Auffassung, dass sie nicht genau über den organisatorischen Ablauf auf Station informiert worden sind (Antwort = „nein“).

Bei den **Balkendiagrammen** erfolgt ebenfalls eine Darstellung der relativen (= prozentualen) Häufigkeitsverteilung aller Antwortkategorien – und zwar als Balken. Dies erfolgt in aller Regel dann, wenn mehrere Ergebnisse zu mehreren Fragestellungen gemeinsam dargestellt werden.

Die auf die einzelnen Antwortmöglichkeiten bezogenen prozentualen Häufigkeiten sind dabei in der Regel mit einer Farbskala versehen. Dies gilt v.a. bei Bewertungsfragen. Die Farbskala reicht dann - analog einer Ampeldarstellung - von *dunkelgrün* bis *rot*. Hierdurch soll ein schneller Überblick darüber gegeben werden, ob sich das Ergebnis insgesamt in einem „grünen“ Bereich befindet. Möglicher Handlungsbedarf wird dann durch *orange* und *rot* gekennzeichnete Häufigkeiten signalisiert. [22]

Analog den Balkendiagrammen erfolgt auch bei den **Säulendiagrammen** eine Darstellung der relativen (= prozentualen) Häufigkeitsverteilung aller Antwortkategorien – und zwar diesmal als Säule. Dies erfolgt in aller Regel dann, wenn mehrere Ergebnisse - zum Beispiel im Zeitvergleich - gemeinsam dargestellt werden.

[22] Sinnvollerweise wird hierfür eine adäquate Zieldefinition vorgenommen. Beispielsweise kann als Ziel gelten, dass für die „grünen“ Antworten insgesamt ein Prozentsatz von 90 Prozent gefordert wird, um als unauffälliges Ergebnis zu gelten.

5.2 Ausgewählte Ergebnisse der Patientenbefragung zum Zeitpunkt der Entlassung

5.2.1 Aufnahme auf Station

Mit sechs ausgewählten Fragestellungen wird die Zufriedenheit mit der Aufnahme auf Station hinterfragt, und zwar:

- Hat sich bei Ankunft auf Station sofort jemand um Sie gekümmert?
- Wurden Sie bei Ihrer Aufnahme genau über den organisatorischen Ablauf auf der Station informiert (z. B. Essenszeiten, Visite, Besuchszeiten)?
- Haben Sie schnell erfahren, wer für Sie zuständig ist und an wen Sie sich bei Fragen wenden konnten?
- Hat sich der Arzt für das Aufnahmegespräch ausreichend Zeit genommen?
- Wie beurteilen Sie die Dauer der Aufnahme auf Station?
- Wie beurteilen Sie die Organisation / den Ablauf des Aufnahmeverfahrens auf Station insgesamt?

Insgesamt kommen die Patientinnen und Patienten des EPZ Ratzeburg hierbei in der Regel - gemessen am Scorewert - zu positiven bis sehr positiven Beurteilungen (siehe Abbildung 5.3).

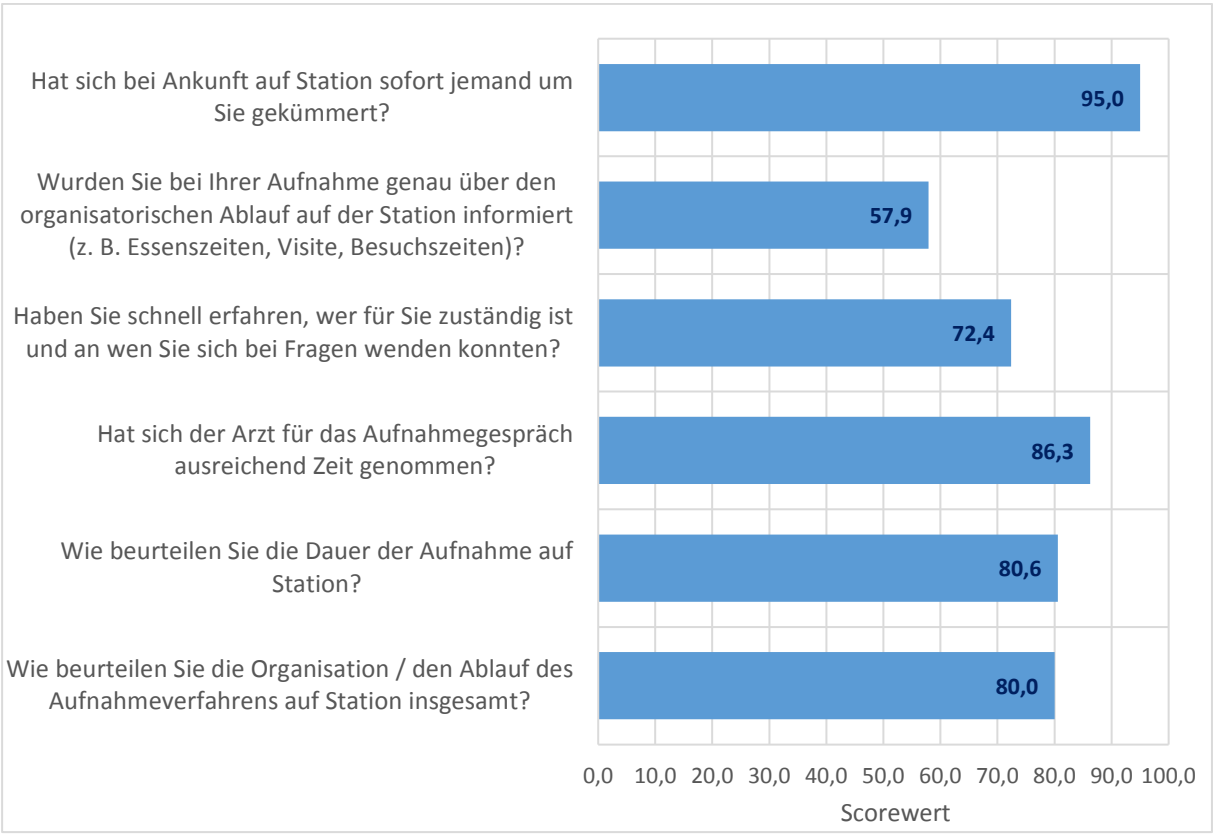


Abbildung 5.3: Ergebnisse (Scorewerte) hinsichtlich der Fragen zur Aufnahme auf Station

Lediglich für die beiden Aspekte *genaue Information über den organisatorischen Ablauf auf Station* und *schnelle Mitteilung eines Ansprechpartner* fallen die Voten der Patientinnen und Patienten des EPZ Ratzeburg niedriger aus.

Im Detail stellen sich die Ergebnisse des Verfahrensjahres 2017 zu den hinterfragten Aspekten wie folgt dar (siehe Abbildung 5.4. bis Abbildung 5.9):

Hat sich bei Ankunft auf Station sofort jemand um Sie gekümmert?

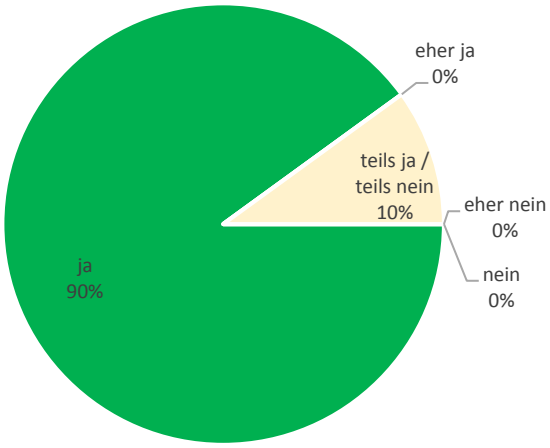


Abbildung 5.4: Kümmerer bei Ankunft auf Station

Bei 90,0% der Patienten [*vorherige Befragung: 38,9%*] hat sich bei Ankunft auf Station - uneingeschränkt - sofort jemand um ihn gekümmert.

Wurden Sie bei Ihrer Aufnahme genau über den organisatorischen Ablauf auf der Station informiert (z. B. Essenszeiten, Visite, Besuchszeiten)?

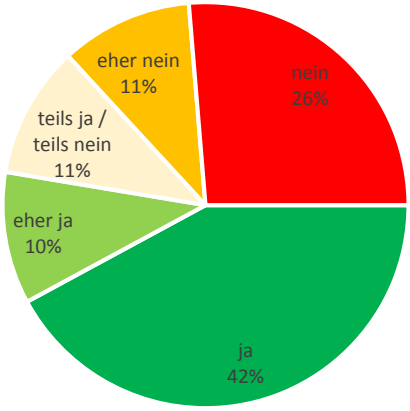


Abbildung 5.5: Genaue Informationen über den organisatorischen Ablauf auf Station

52,6% der Patienten [vorherige Befragung: 64,0%] bewerten die bei der Aufnahme erhaltenen Information über den organisatorischen Ablauf positiv.

Haben Sie schnell erfahren, wer für Sie zuständig ist und an wen Sie sich bei Fragen wenden konnten?

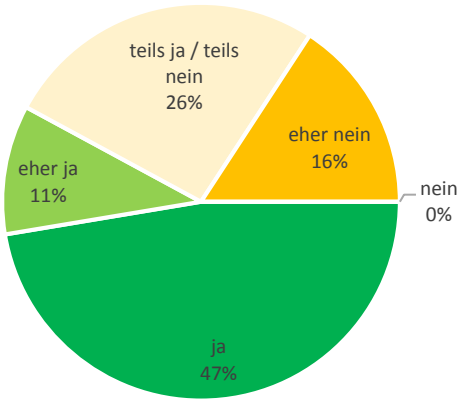


Abbildung 5.6: Schhnelle Mitteilung eines Ansprechpartners

57,9% der Patienten *[vorherige Befragung: 72,0%]* haben schnell erfahren, wer für sie zuständig ist und an wen sie sich bei Fragen wenden können.

Hat sich der Arzt für das Aufnahmegespräch ausreichend Zeit genommen?

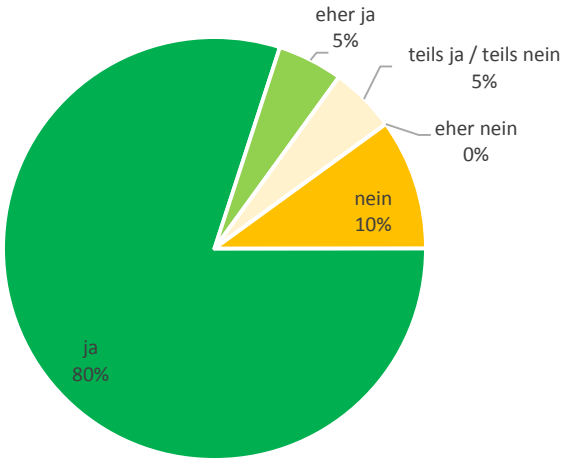


Abbildung 5.7: Ausreichend Zeit für das Aufnahmegespräch durch den Arzt

85,0% der Patienten *[vorherige Befragung: 96,0%]* sagen, dass sich der Arzt ausreichend Zeit für das Aufnahmegespräch genommen hat.

Wie beurteilen Sie die Dauer der Aufnahme auf Station?

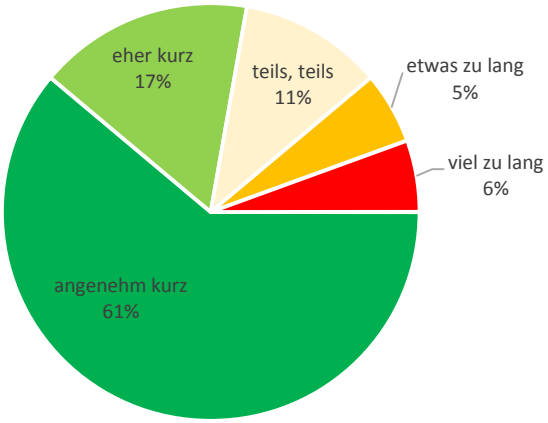


Abbildung 5.8: Dauer der Aufnahme auf Station

77,8% der Patienten *[vorherige Befragung: 82,6%]* bewerten die Dauer der Aufnahme auf Station als "angenehm kurz" bzw. "eher kurz".

Wie beurteilen Sie die Organisation / den Ablauf des Aufnahmeverfahrens auf Station insgesamt?

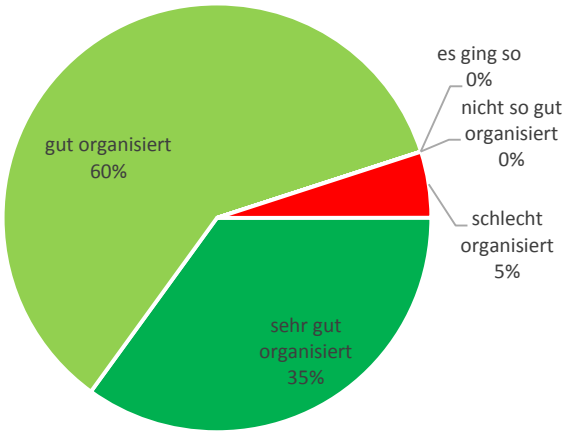


Abbildung 5.9: Gesamtbeurteilung der Organisation / des Ablaufs des Aufnahmeverfahrens auf Station

95,0% der Patienten *[vorherige Befragung: 96,0%]* beurteilen insgesamt die Organisation / den Ablauf des Aufnahmeverfahrens auf Station positiv.

5.2.2 Pflegerische Betreuung auf Station

Zur Beurteilung der Qualität der pflegerischen Betreuung auf Station aus Sicht der Patientinnen und Patienten des EPZ Ratzeburg dienen die folgenden acht Fragestellungen:

- Wie beurteilen Sie die Freundlichkeit des Pflegepersonals auf der Station?
- Wie beurteilen Sie die Fachkompetenz des Pflegepersonals auf der Station?
- Wurden Ihre Fragen durch das Pflegepersonal zufriedenstellend beantwortet?
- Kam es NICHT vor, dass das Pflegepersonal auf Klingelzeichen gereizt reagiert hat?
- Kam es NICHT vor, dass das Pflegepersonal widersprüchliche Aussagen zu ein und derselben Sache machten?
- Wenn Sie dringend Hilfe von den Pflegepersonen benötigten, war dann immer eine Person rechtzeitig zur Stelle?
- Stellten sich die Pflegepersonen namentlich vor?
- Wie fühlten Sie sich durch das pflegerische Personal insgesamt betreut und unterstützt?

Insgesamt kommen die Patientinnen und Patienten des EPZ Ratzeburg auch hierbei in der Regel - gemessen am Scorewert - zu positiven bis sehr positiven Beurteilungen (siehe Abbildung 5.10).

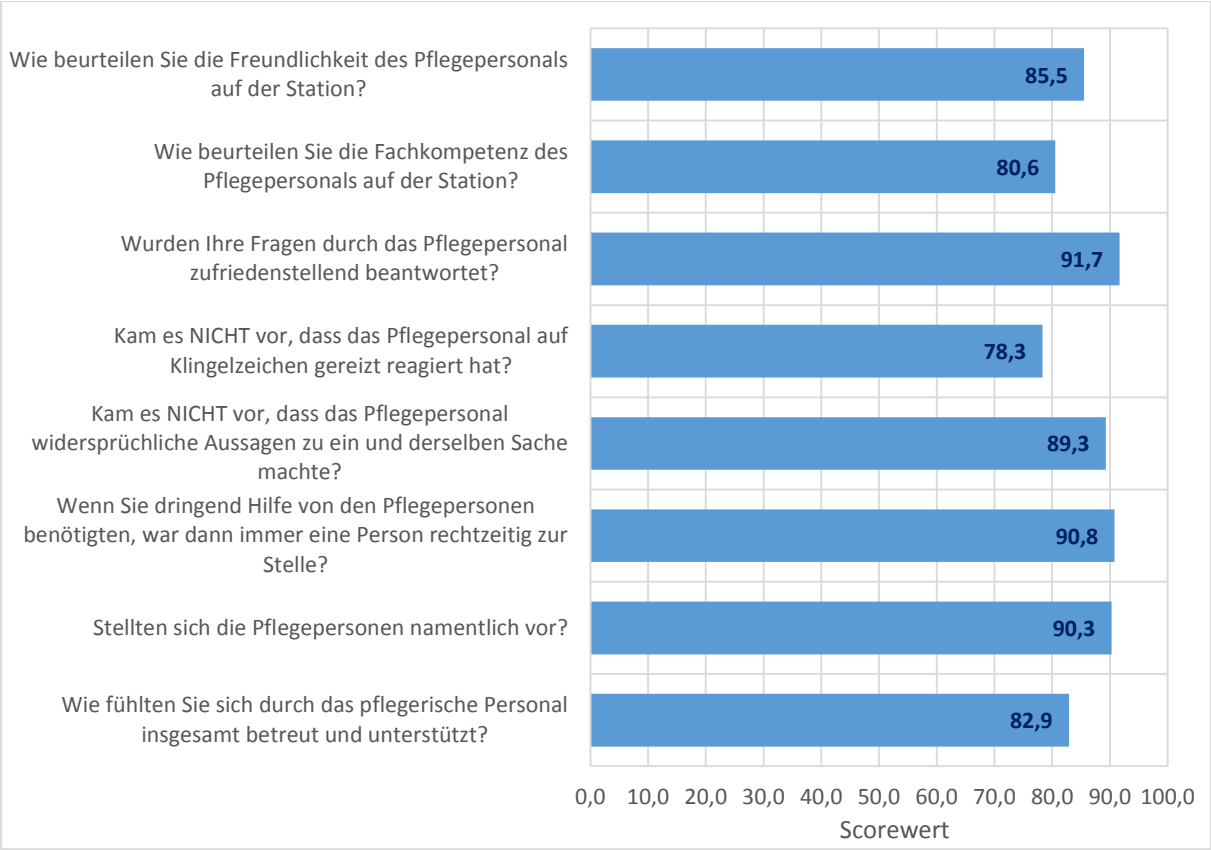


Abbildung 5.10: Ergebnisse (Scorewerte) hinsichtlich der Fragen zur pflegerischen Betreuung auf Station

Bzgl. der ***Freundlichkeit*** und der ***Fachkompetenz*** der Pflegepersonals, der ***Beantwortung von Fragen*** durch das Pflegepersonal und der ***Betreuung und Unterstützung*** durch das Pflegepersonal insgesamt stellen sich die Ergebnisse im Detail wie folgt dar (siehe Abbildung 5.11 bis Abbildung 5.14).

Wie beurteilen Sie die Freundlichkeit des Pflegepersonals auf der Station?

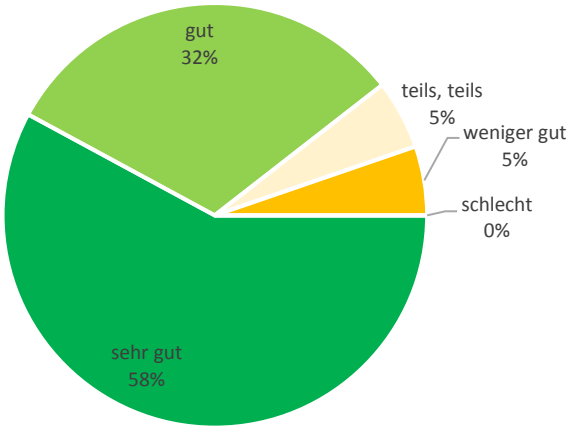


Abbildung 5.11: Freundlichkeit des Pflegepersonals

89,5% der Patienten *[vorherige Befragung: 95,8%]* beurteilen die Freundlichkeit des Pflegepersonals auf Station als "sehr gut " oder "gut".

Wie beurteilen Sie die Fachkompetenz des Pflegepersonals auf der Station?

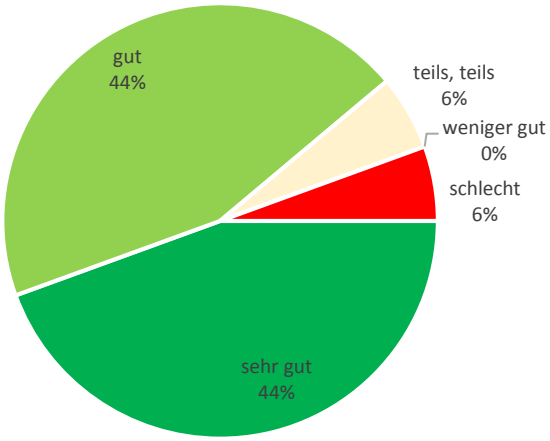


Abbildung 5.12: Fachkompetenz des Pflegepersonals

88,8% der Patienten *[vorherige Befragung: 95,7%]* beurteilen die Fachkompetenz des Pflegepersonals auf Station als "sehr gut" oder "gut".

Wurden Ihre Fragen durch das Pflegepersonal zufriedenstellend beantwortet?

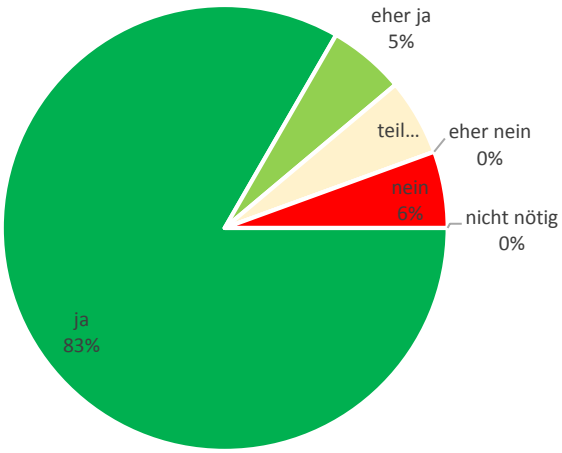


Abbildung 5.13: Zufriedenstellende Beantwortung der Fragen durch das Pflegepersonal

88,9% der Patienten *[vorherige Befragung: 92,7%]* geben an, dass ihre Fragen zufriedenstellend durch das Pflegepersonal beantwortet wurden.

Wie fühlten Sie sich durch das pflegerische Personal insgesamt betreut und unterstützt?

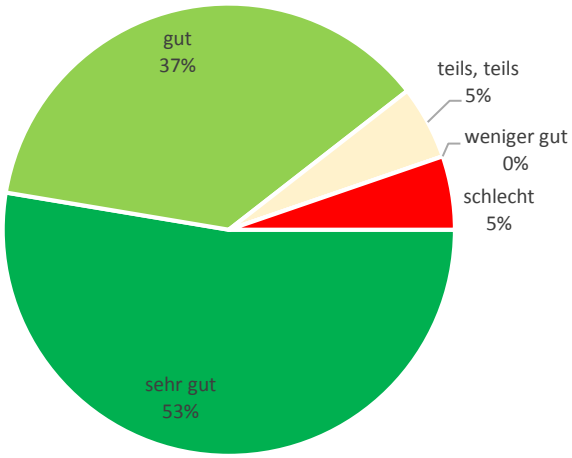


Abbildung 5.14: Betreuung und Unterstützung durch das Pflegepersonal insgesamt

89,4% der Patienten *[vorherige Befragung: 96,0%]* beurteilen die Unterstützung und Betreuung durch das Pflegepersonal insgesamt als "sehr gut" oder "gut".

5.2.3 Ärztliche Betreuung auf Station

Zur Beurteilung der Qualität der ärztlichen Betreuung auf Station aus Sicht der Patientinnen und Patienten des EPZ Ratzeburg dienen - in Analogie zur Beurteilung der pflegerischen Betreuung - die folgenden sieben Fragestellungen:[23]

- Wie beurteilen Sie die Freundlichkeit des ärztlichen Personals auf der Station?
- Wie beurteilen Sie die Fachkompetenz des ärztlichen Personals auf der Station?
- Wurden Ihre Fragen durch das ärztliche Personal zufriedenstellend beantwortet?
- Kam es NICHT vor, dass das ärztliche Personal widersprüchliche Aussagen zu ein und derselben Sache machten?
- Wenn Sie dringend Hilfe vom ärztlichen Personal benötigten, war dann immer eine Person rechtzeitig zur Stelle?
- Stellte sich das ärztliche Personal namentlich vor?
- Wie fühlten Sie sich durch das ärztliche Personal insgesamt betreut und unterstützt?

Insgesamt kommen die Patientinnen und Patienten des EPZ Ratzeburg auch hierbei in der Regel - gemessen am Scorewert - zu positiven bis sehr positiven Beurteilungen (siehe Abbildung 5.15).

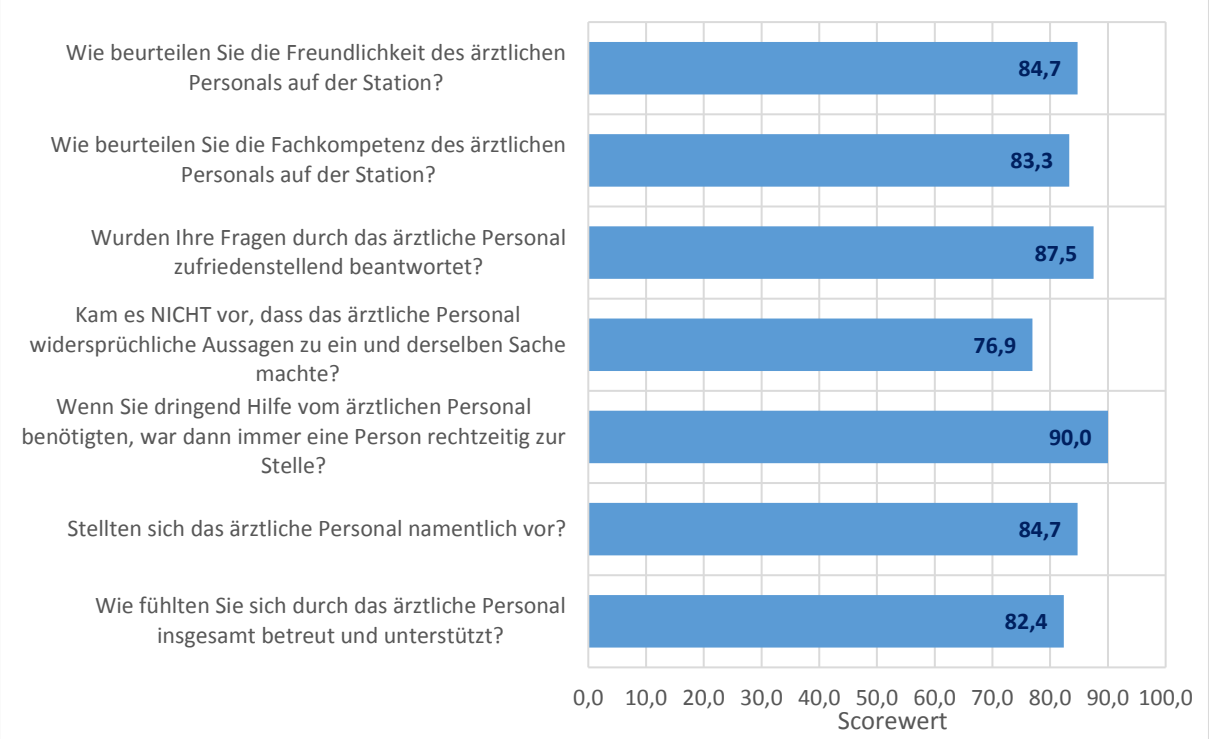


Abbildung 5.15: Ergebnisse (Scorewerte) hinsichtlich der Fragen zur ärztlichen Betreuung auf Station

Bzgl. der ***Freundlichkeit*** und der ***Fachkompetenz*** des ärztlichen Personals, der ***Beantwortung von Fragen*** durch das ärztliche Personal sowie der ***Betreuung und Unterstützung*** durch das ärztliche Personal stellen sich die Ergebnisse im Detail wie folgt dar (siehe Abbildung 5.16 bis Abbildung 5.19):

[23] Gegenüber der Beurteilung der pflegerischen Betreuung erfolgt hier nicht die Frage: „Kam es vor, dass das Pflegepersonal auf Klingelzeichen gereizt reagiert hat?“

Wie beurteilen Sie die Freundlichkeit des ärztlichen Personals auf der Station?

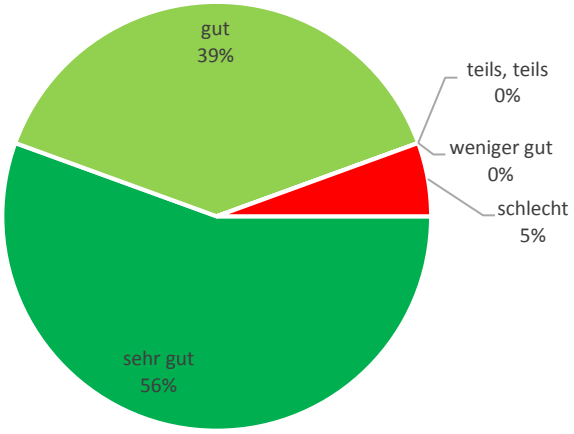


Abbildung 5.16: Freundlichkeit des ärztlichen Personals

94,5% der Patienten *[vorherige Befragung: 100%]* beurteilen die Freundlichkeit des ärztlichen Personals auf Station als "sehr gut" oder "gut".

Wie beurteilen Sie die Fachkompetenz des ärztlichen Personals auf der Station?

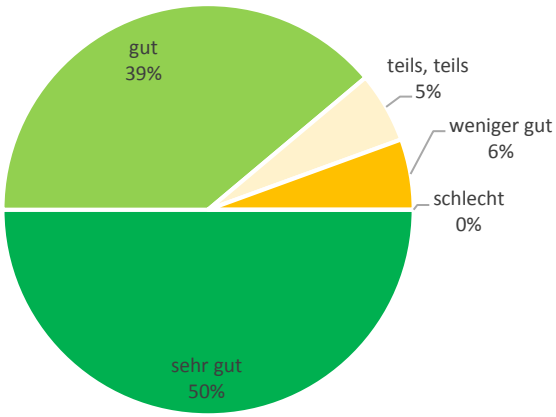


Abbildung 5.17: Fachkompetenz des ärztlichen Personals

88,9% der Patienten *[vorherige Befragung: 100%]* beurteilen die Fachkompetenz des ärztlichen Personals auf Station als "sehr gut" oder "gut".

Wurden Ihre Fragen durch das ärztliche Personal zufriedenstellend beantwortet?

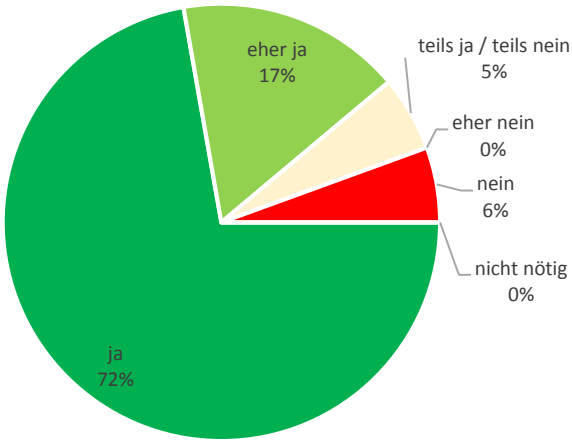
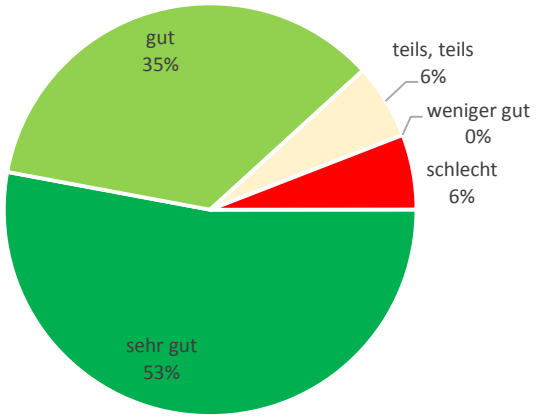


Abbildung 5.18: Zufriedenstellende Beantwortung der Fragen durch das ärztliche Personal

88,9% der Patienten *[vorherige Befragung: 96,0%]* geben an, dass ihre Fragen zufriedenstellend durch das ärztliche Personal beantwortet wurden.

Wie fühlten Sie sich durch das ärztliche Personal insgesamt betreut und unterstützt?	
 ***Abbildung 5.19: Betreuung und Unterstützung durch das ärztliche Personal insgesamt***	88,2% der Patienten *[vorherige Befragung: 100%]* beurteilen die Unterstützung und Betreuung durch das ärztliche Personal insgesamt als "sehr gut" oder "gut".

5.2.4 Bewertung des Operateurs und des Narkosearztes

Mit 13 respektive sieben Fragestellungen wird die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten des EPZ Ratzeburg mit dem Operateur bzw. Narkosearzt hinterfragt, und zwar im Einzelnen:

Bitte bewerten Sie den Operateur hinsichtlich der folgenden Aspekte:

- Die Erklärung der Diagnose (Erkrankung) war ...
- Die Erklärung der Operation und des Operationsverlaufs war …
- Die Aufklärung über Vor- und Nachteile (Risiken) der Operation war …
- Wurden Sie nach der OP zufriedenstellend über das Ergebnis der Operation informiert?
- Wurden Sie nach der OP zeitnah über das Ergebnis der Operation informiert?
- Die Informationen über die weitere Behandlung nach der Entlassung (z.B. Verbandswechsel, notwendige Medikamente, Krankengymnastik, etc.) war …
- Die persönliche Betreuung war …
- Hatten Sie Zeit für Fragen vor der Operation?
- Wurden Ihre Fragen hierzu verständlich beantwortet?
- Wurden Ihre Fragen hierzu vollständig beantwortet?
- Hatten Sie Zeit für Fragen nach der Operation?
- Wurden Ihre Fragen hierzu verständlich beantwortet?
- Wurden Ihre Fragen hierzu vollständig beantwortet?

Bitte bewerten Sie den Narkosearzt hinsichtlich der folgenden Aspekte

- Die Aufklärung über Art und Ablauf der Narkose war ...
- Die Aufklärung über Risiken der Narkose war …
- Wie gut konnte Ihnen der Arzt die Angst vor der Narkose nehmen?
- Die persönliche Betreuung war …
- Hatten Sie Zeit für Fragen vor der Narkose?
- Wurden Ihre Fragen hierzu verständlich beantwortet?
- Wurden Ihre Fragen hierzu vollständig beantwortet?

Insgesamt kommen die Patientinnen und Patienten des EPZ Ratzeburg auch hierbei in der Regel - gemessen am Scorewert - zu positiven bis sehr positiven Beurteilungen (siehe Abbildung 5.20 und Abbildung 5.21 sowie Abbildung 5.22).

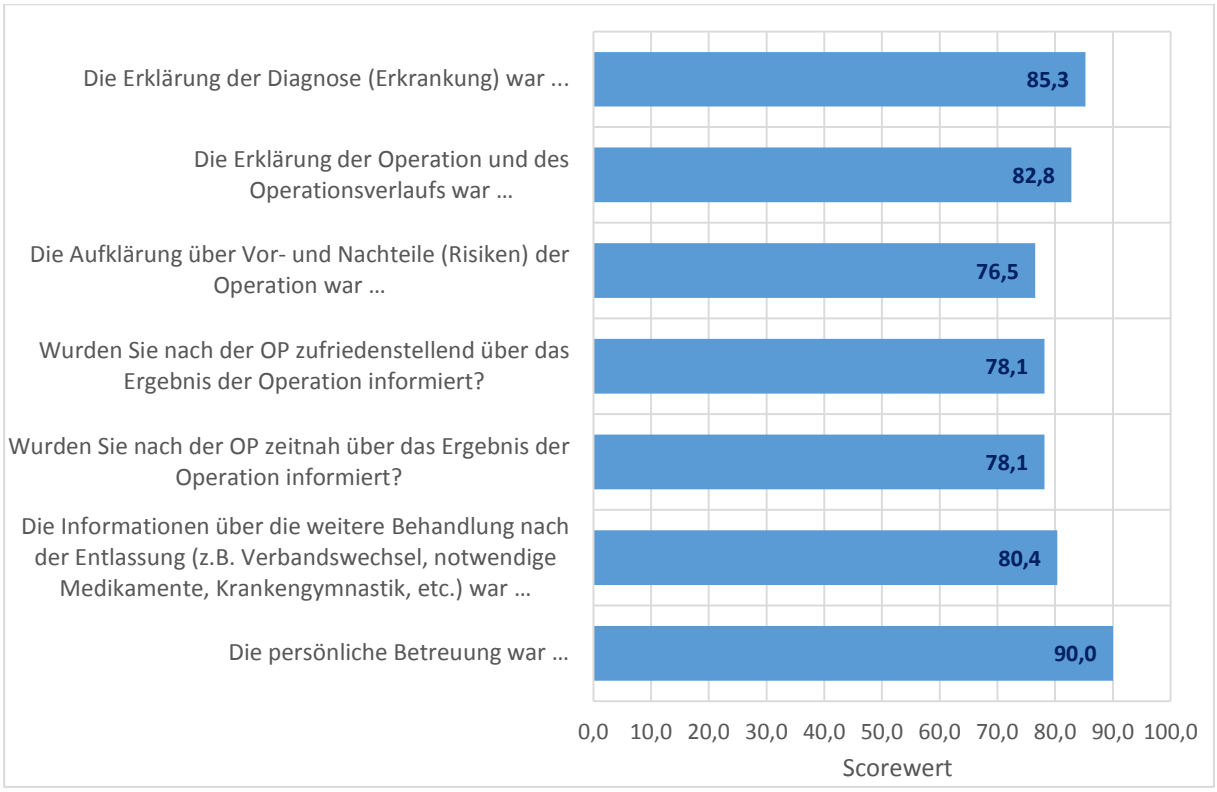


Abbildung 5.20: Ergebnisse (Scorewerte) hinsichtlich der Bewertung des Operateurs - Teil 1

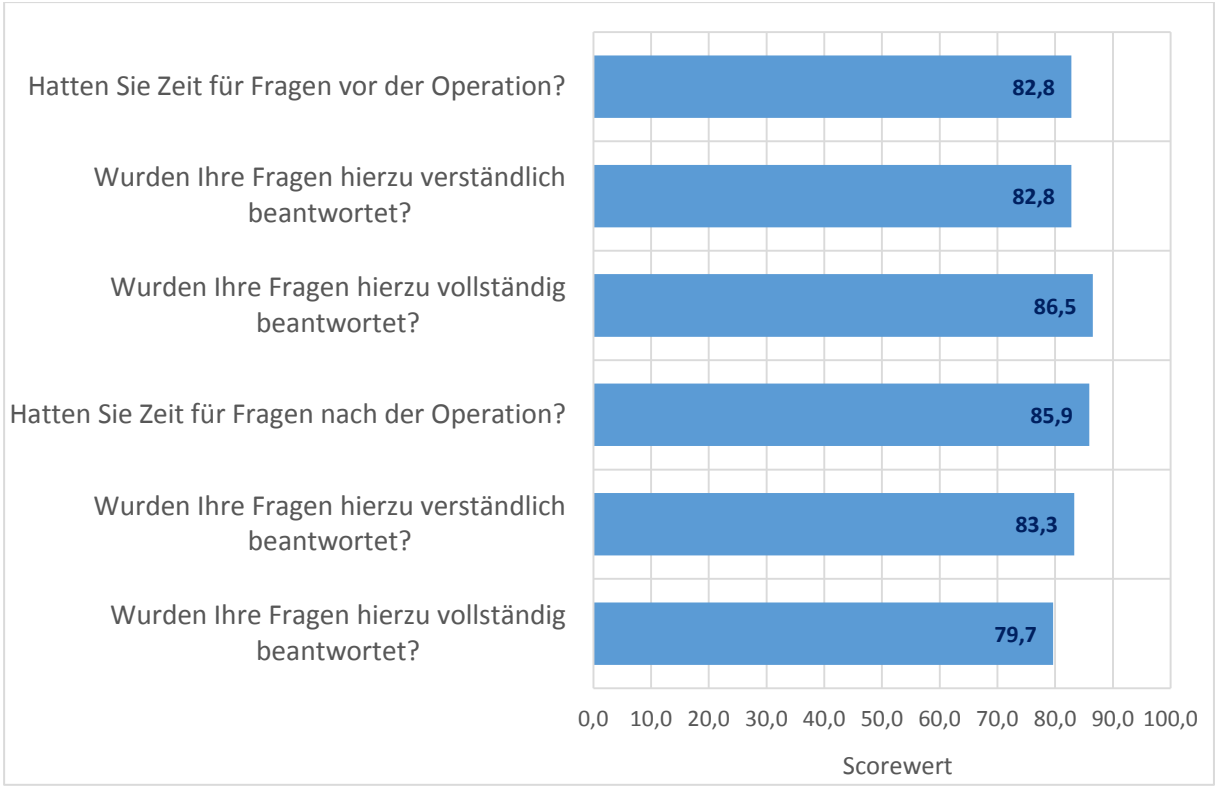


Abbildung 5.21: Ergebnisse (Scorewerte) hinsichtlich der Bewertung des Operateurs - Teil 2

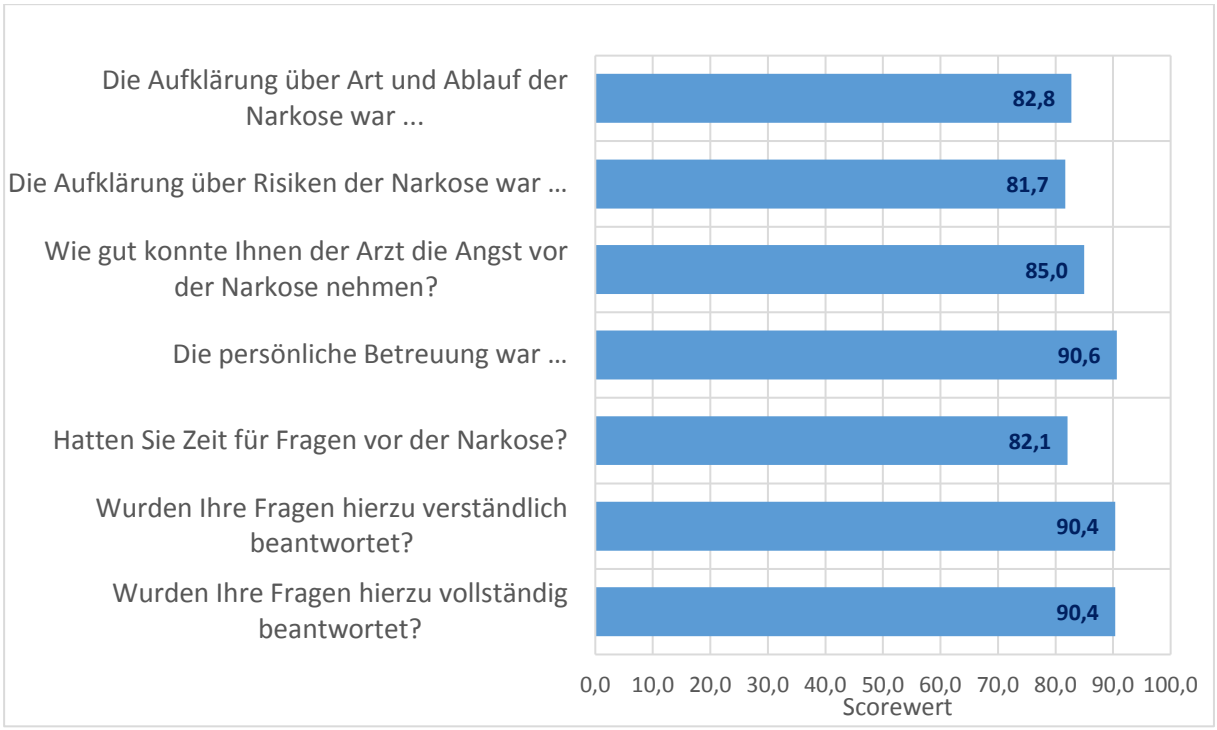


Abbildung 5.22: Ergebnisse (Scorewerte) hinsichtlich der Bewertung des Narkosearztes

5.2.5 Möglichkeit der Mitsprache und Einflussnahme

Zur Beurteilung der Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten des EPZ Ratzeburg mit der Möglichkeit der Mitsprache und Einflussnahme dienen die folgenden drei Fragestellungen:

- Hatten Sie die Möglichkeit, Ihre Meinung zur geplanten Behandlung zu äußern?
- Hatten Sie das Gefühl, dass Ihre Meinung ernst genommen und respektiert wurde?
- Würden Sie sagen, dass Sie insgesamt gut in die Planung und Gestaltung Ihrer Behandlung im EPZ einbezogen worden sind?

Insgesamt kommen die Patientinnen und Patienten des EPZ Ratzeburg bei der Bewertung der Möglichkeit zur Mitsprache und Einflussnahme - gemessen am Scorewert - zu zufriedenstellenden bis positiven Beurteilungen (siehe Abbildung 5.23).

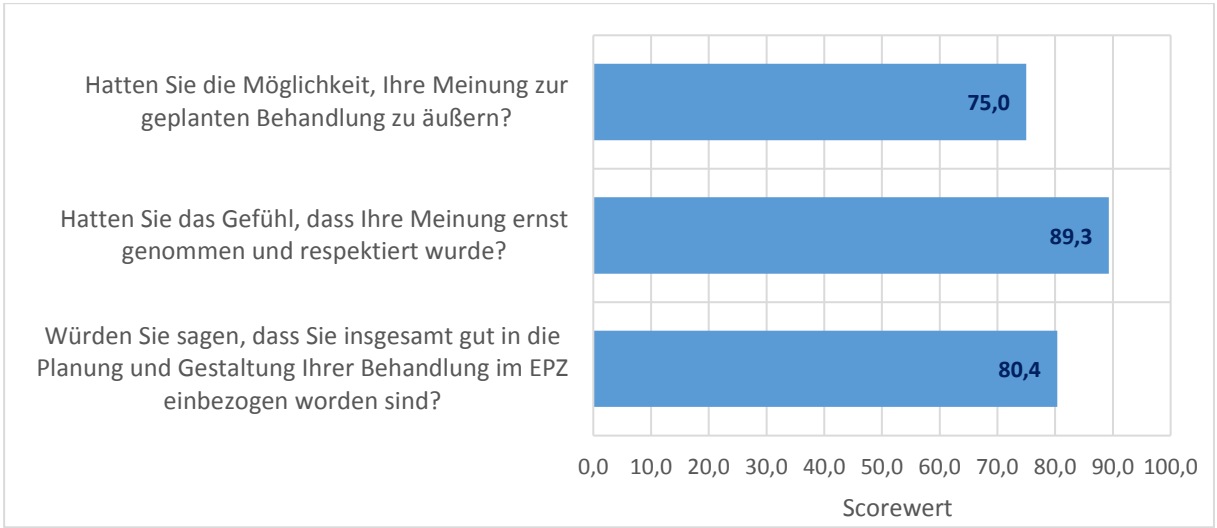


Abbildung 5.23: Ergebnisse (Scorewerte) hinsichtlich der Fragen zu Möglichkeiten der Mitsprache und Einflussnahme

Im Detail stellen sich die Ergebnisse zu den hinterfragten Aspekten wie folgt dar (siehe Abbildung 5.24. bis Abbildung 5.26):

Hatten Sie die Möglichkeit, Ihre Meinung zur geplanten Behandlung zu äußern?

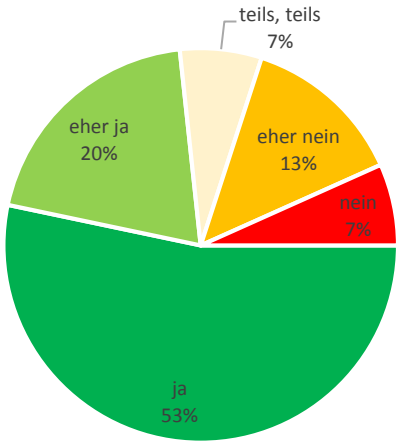


Abbildung 5.24: Möglichkeit zur Meinungsäußerung zur geplanten Behandlung

73,3% der Patienten *[vorherige Befragung: 81,8%]* bejahen, dass sie die Möglichkeit hatten, ihre Meinung zur geplanten Behandlung äußern zu können.

Hatten Sie das Gefühl, dass Ihre Meinung ernst genommen und respektiert wurde?

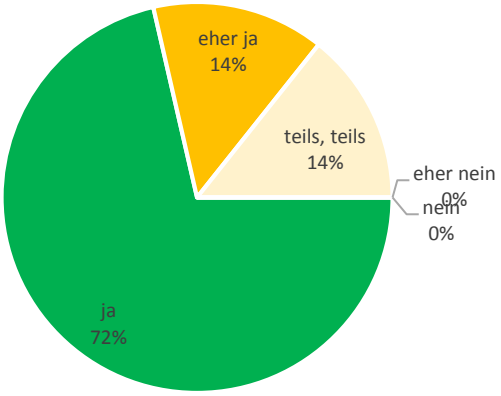


Abbildung 5.25: Respekt gegenüber der eigenen Meinung

85,7% der Patienten *[vorherige Befragung: 86,4%]* haben das Gefühl, dass ihre Meinung ernst genommen und respektiert wurde.

Würden Sie sagen, dass Sie insgesamt gut in die Planung und Gestaltung Ihrer Behandlung im EPZ einbezogen worden sind?

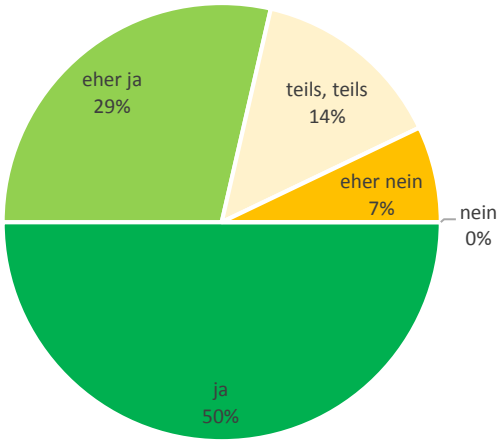


Abbildung 5.26: Ausreichende Einbeziehung in die Planung und Gestaltung der Behandlung

78,6% der Patienten *[vorherige Befragung: 86,9%]* fühlen sich insgesamt gut in die Planung und Gestaltung ihrer Behandlung einbezogen.

5.2.6 Zusammenarbeit und Zufriedenheit mit weiteren Mitarbeitern

Mit vier Fragestellungen wird die Qualität der Zusammenarbeit bzw. die Zufriedenheit mit weiteren Mitarbeitern des EPZ aus Sicht der Patientinnen und Patienten des EPZ Ratzeburg hinterfragt.

- Wie beurteilen Sie die Freundlichkeit zwischen dem Pflegepersonal und dem ärztlichen Personal auf der Station?
- Wie beurteilen Sie die Kollegialität zwischen dem Pflegepersonal und dem ärztlichen Personal auf der Station?
- Hatten Sie das Gefühl, dass die Personen, die an Ihrer Behandlung im EPZ beteiligt waren, gut zusammen gearbeitet haben?
- Wie beurteilen Sie die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Funktionsbereiche hinsichtlich Umgang und Betreuung?[24]

Insgesamt kommen die Patientinnen und Patienten des EPZ Ratzeburg bei der Bewertung der hinterfragten Aspekte der Zusammenarbeit - gemessen am Scorewert - zu positiven bis sehr positiven Beurteilungen (siehe Abbildung 5.27).

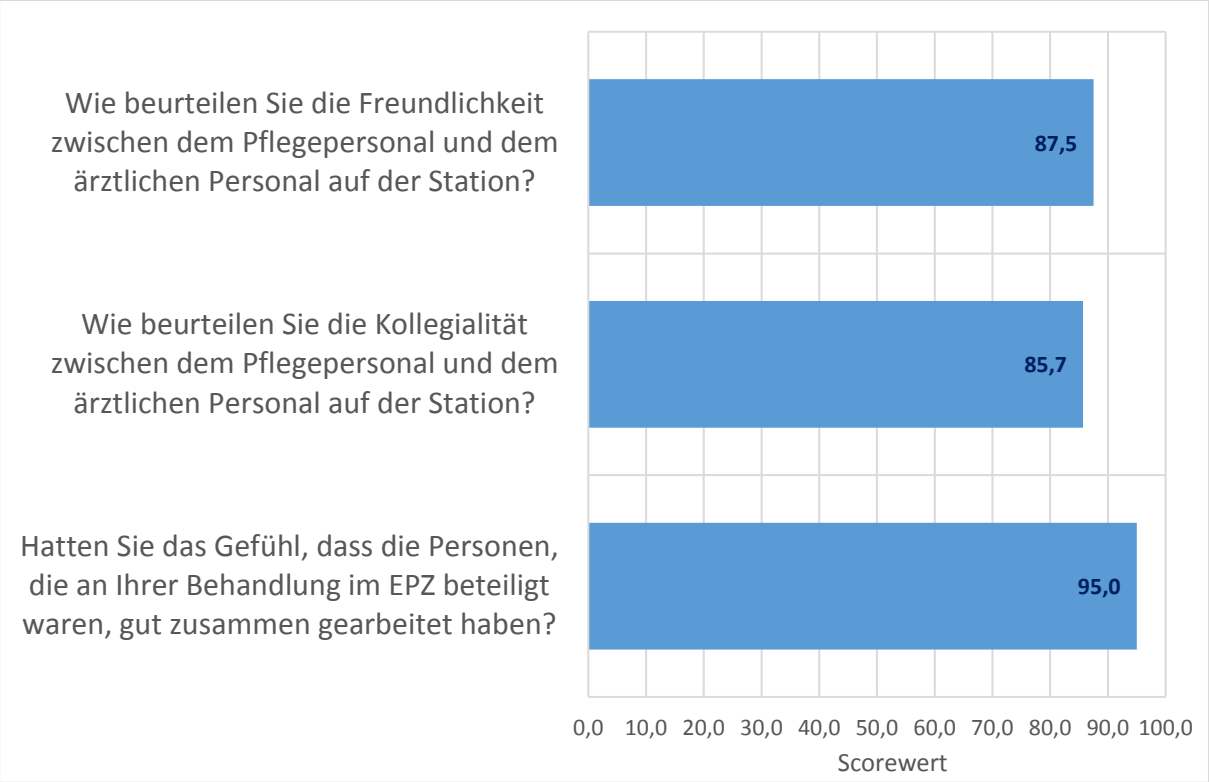


Abbildung 5.27: Ergebnisse (Scorewerte) hinsichtlich der Fragen zu Möglichkeiten der Mitsprache und Einflussnahme

Im Detail stellen sich die Ergebnisse zu den hinterfragten Aspekten der Zusammenarbeit wie folgt dar (siehe Abbildung 5.28. bis Abbildung 5.30):

[24] Hinterfragte Funktionsbereiche sind dabei:
Röntgen, EKG, Anästhesie, OP/Aufwachraum und Intensivstation

Wie beurteilen Sie die Freundlichkeit zwischen dem Pflegepersonal und dem ärztlichen Personal auf der Station?

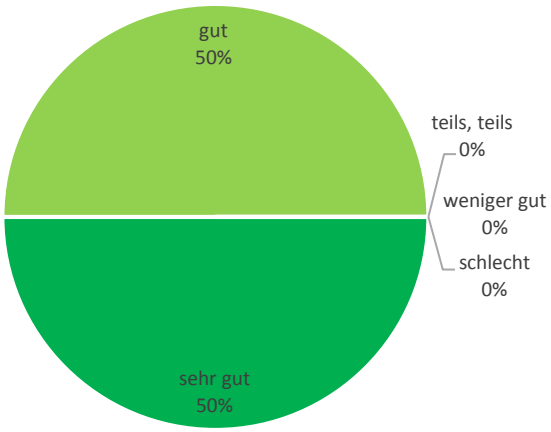


Abbildung 5.28: Freundlichkeit zwischen dem Pflegepersonal und dem ärztlichen Personal auf Station

100% der Patienten *[vorherige Befragung: 100%]* beurteilen die Freundlichkeit zwischen dem Pflegepersonal und dem ärztlichen Personal auf Station als "sehr gut" oder "gut".

Wie beurteilen Sie die Kollegialität zwischen dem Pflegepersonal und dem ärztlichen Personal auf der Station?

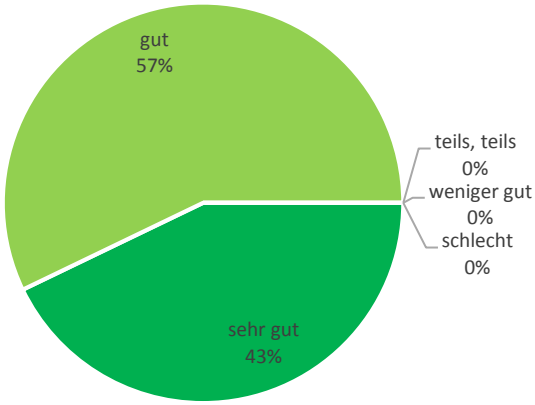


Abbildung 5.29: Kollegialität zwischen dem Pflegepersonal und dem ärztlichen Personal auf Station

100% der Patienten *[vorherige Befragung: 100%]* beurteilen die Kollegialität zwischen dem Pflegepersonal und dem ärztlichen Personal auf Station als "sehr gut" oder "gut".

Hatten Sie das Gefühl, dass die Personen, die an Ihrer Behandlung im EPZ beteiligt waren, gut zusammen gearbeitet haben?

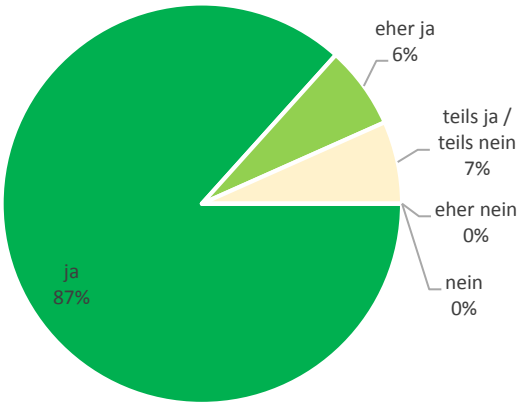


Abbildung 5.30: Zusammenarbeit zwischen den an der Behandlung beteiligten Personen

93,4% der Patienten *[vorherige Befragung: 100%]* hatten das Gefühl, dass die Personen, die an ihrer Behandlung beteiligt waren, gut zusammen gearbeitet haben.

Zu ebenfalls positiven bis sehr positiven Beurteilungen kommen die Patientinnen und Patienten des EPZ Ratzeburg bei der Bewertung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Funktionsbereiche hinsichtlich des Umgangs und der Betreuung (siehe Abbildung 5.31).

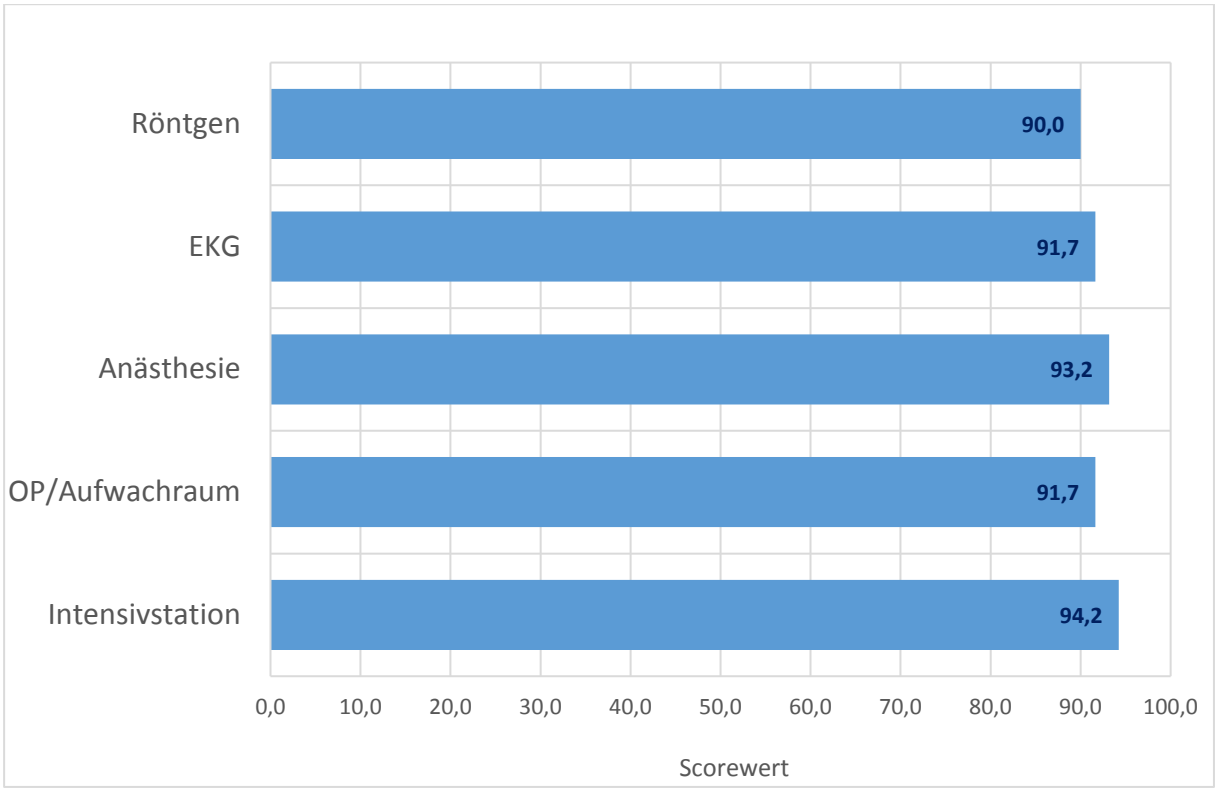


Abbildung 5.31: Ergebnisse (Scorewerte) hinsichtlich der Bewertung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Funktionsbereiche hinsichtlich des Umgangs und der Betreuung

5.2.7 Unterbringung und Verpflegung

Die Beurteilung der Unterbringung und Verpflegung aus Sicht der Patientinnen und Patienten des EPZ Ratzeburg zielt auf die folgenden sechs Aspekte ab, die jeweils mit sehr gut bis schlecht zu bewerten sind.

- Die Einrichtung der Zimmer war …
- Die Sauberkeit der Zimmer war …
- Die Hygiene der Sanitärbereiche war …
- Die Patientenzusammensetzung im Zimmer war …
- Das Essensangebot war …
- Die Verpflegung insgesamt war …

Insgesamt kommen die Patientinnen und Patienten des EPZ Ratzeburg bei der Bewertung der Unterbringung und Verpflegung - gemessen am Scorewert – zu durchweg positiven Beurteilungen (siehe Abbildung 5.32).

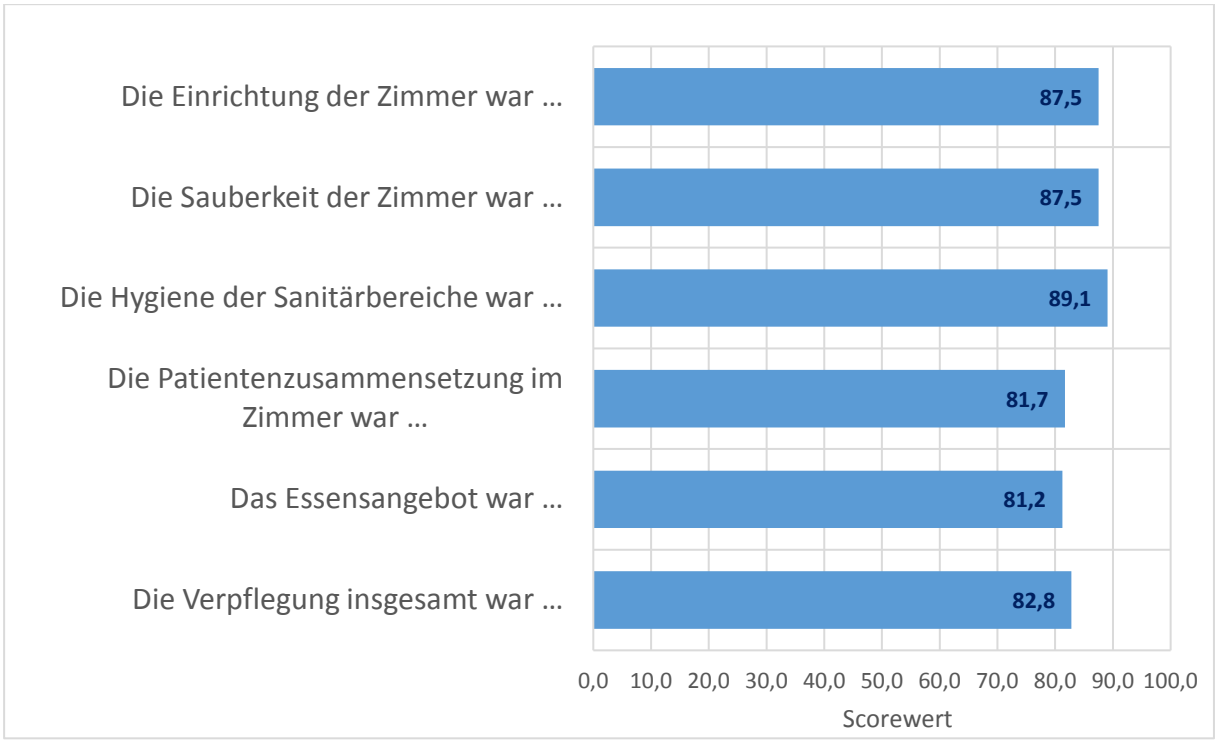


Abbildung 5.32: Ergebnisse (Scorewerte) hinsichtlich der Bewertung der hinterfragten Aspekte zur Unterbringung und Verpflegung

5.2.8 Abschließende Beurteilung des Aufenthaltes

Für die abschließende Beurteilung des Aufenthaltes dienen drei Fragestellungen.

- Wie bewerten Sie insgesamt den Aufenthalt im EPZ Ratzeburg?
- Würden Sie unser EPZ an Freunde und Verwandte weiterempfehlen?
- Würden Sie sich wieder für unser EPZ entscheiden?

Insgesamt kommen die Patientinnen und Patienten des EPZ Ratzeburg bei der abschließenden Beurteilung des Aufenthaltes - gemessen am Scorewert - zu positiven bis sehr positiven Beurteilungen (siehe Abbildung 5.33).

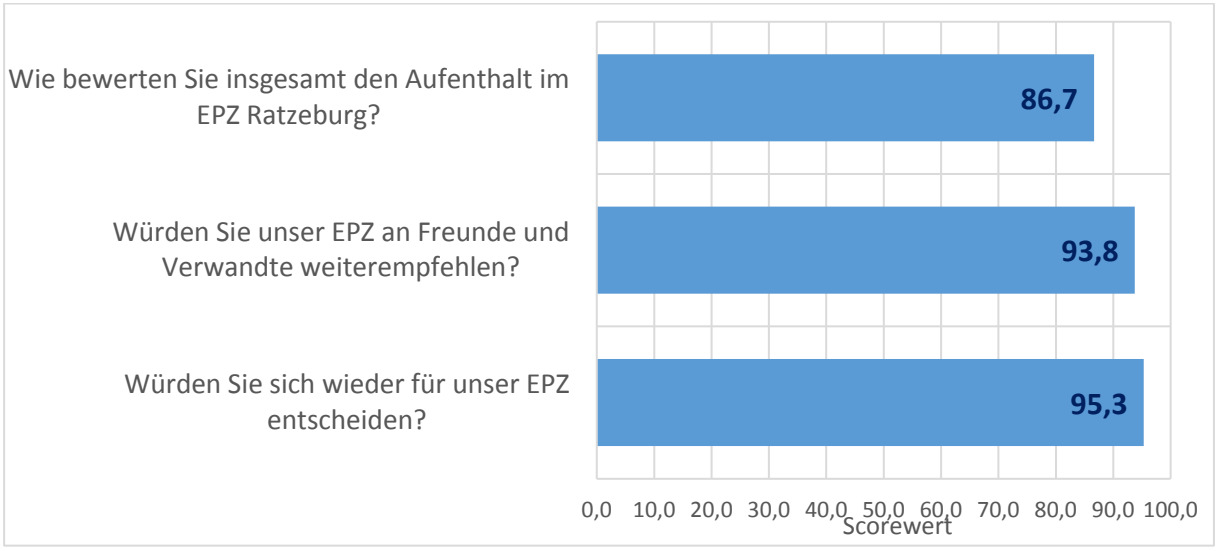


Abbildung 5.33: Ergebnisse (Scorewerte) hinsichtlich der Fragen zur abschließenden Beurteilung des Aufenthaltes

Im Detail stellen sich die Ergebnisse zu den hinterfragten Aspekten der abschließenden Beurteilung des Aufenthaltes wie folgt dar (siehe Abbildung 5.34. bis Abbildung 5.36):

Wie bewerten Sie insgesamt den Aufenthalt im EPZ Ratzeburg?

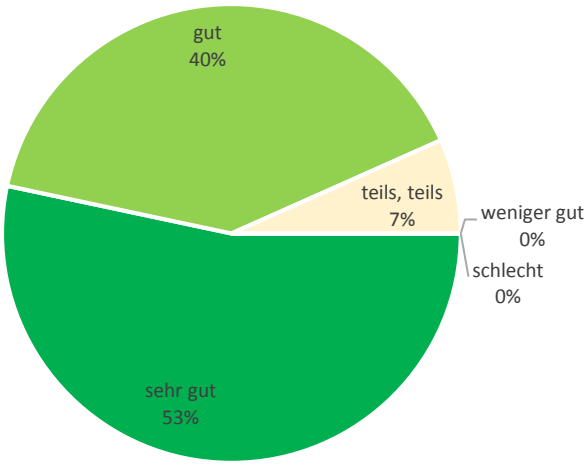


Abbildung 5.34: Bewertung des Aufenthaltes im EPZ Ratzeburg insgesamt

93,3% der Patienten *[vorherige Befragung: 100%]* bewerten den Aufenthalt im EPZ Ratzeburg insgesamt als "sehr gut" oder "gut".

Würden Sie unser EPZ an Freunde und Verwandte weiterempfehlen?

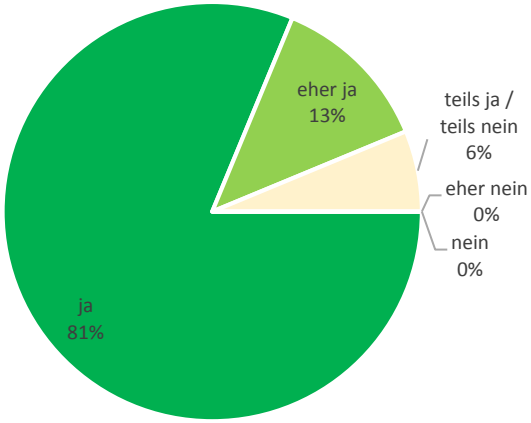


Abbildung 5.35: Weiterempfehlung des EPZ Ratzeburg

93,8% der Patienten *[vorherige Befragung: 95,6%]* würden das EPZ Ratzeburg an Freunde und Verwandte weiterempfehlen - 81% sogar uneingeschränkt.

Würden Sie sich wieder für unser EPZ entscheiden?

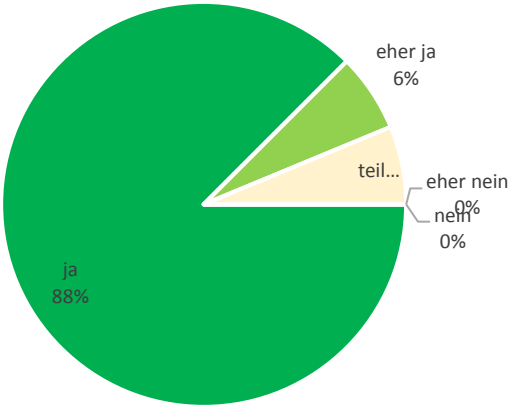


Abbildung 5.36: Wiederentscheidung für das EPZ Ratzeburg

93,8% der Patienten *[vorherige Befragung: 100%]* würden sich wieder für das EPZ Ratzeburg entscheiden - 88% sogar uneingeschränkt.

5.2.9 Ergebnisbewertungen

Die Ergebnisbewertungen zielen ab auf Veränderungen durch die Behandlung im EPZ Ratzeburg im Hinblick auf die Beurteilung

- der **Stärke der Schmerzen des Gelenks**, weswegen die Operation stattgefunden hat,
- der **Steifigkeit** (nicht die Schmerzen) **des Gelenkes**, weswegen die Operation stattgefunden hat,[25] und
- der **Beeinträchtigung der körperlichen Aktivitäten**.[26]

Verglichen wird dabei aus Sicht der Patienten der Zeitpunkt **vor der Operation**, d.h. unmittelbar vor der Krankenhausaufnahme, mit dem Zeitpunkt **nach der Operation** zum Zeitpunkt der Krankenhausentlassung.

Im Hinblick auf die Ergebnisbewertung der ***Schmerzen vor und nach OP*** geben die Patienten für alle hinterfragten Aspekte Verbesserungen an. Die deutlichste Schmerzreduktion wird bei „Aufrecht stehen“ und „Treppen hinauf- oder hinuntersteigen“ angegeben (siehe Abbildung 5.37).[27]

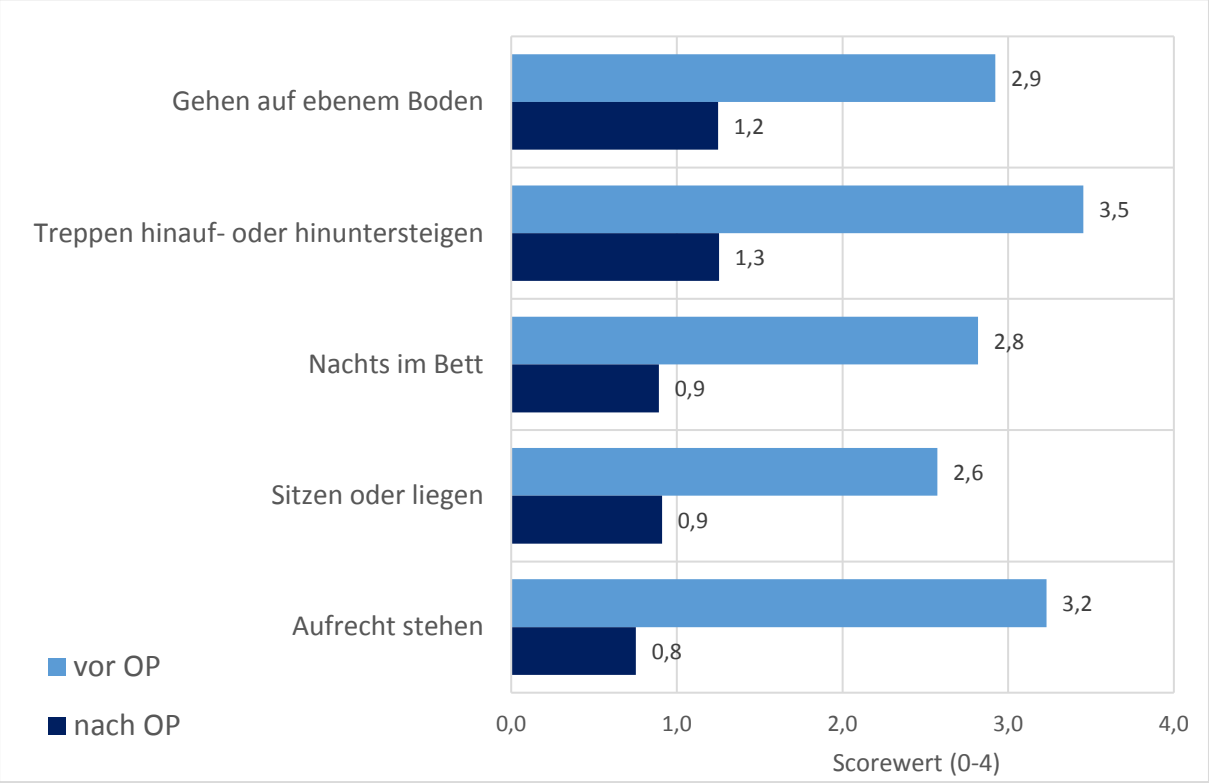


Abbildung 5.37: Ergebnisbewertung: Schmerzen vor und nach Operation

Bezüglich der Ergebnisbewertung der ***Steifigkeit vor und nach OP*** geben die Patienten für die beiden hinterfragten Aspekte Verbesserungen an (siehe Abbildung 5.38).[28]

[25] Steifigkeit ist dabei definiert als ein Gefühl von Einschränkungen oder Langsamkeit in der Beweglichkeit, wenn das Gelenk bewegt wird.

[26] Damit ist die Fähigkeit gemeint, sich im Alltag bewegen und um sich selbst kümmern zu können.

[27] Beurteilt werden die Schmerzen anhand eines speziellen Scorewertes, der Werte von 0 (= keine Schmerzen) bis 4 (= sehr starke Schmerzen) annimmt.

[28] Beurteilt wird die Steifigkeit anhand eines speziellen Scorewertes, der Werte von 0 (= keine Steifigkeit) bis 4 (= sehr starke Steifigkeit) annimmt.

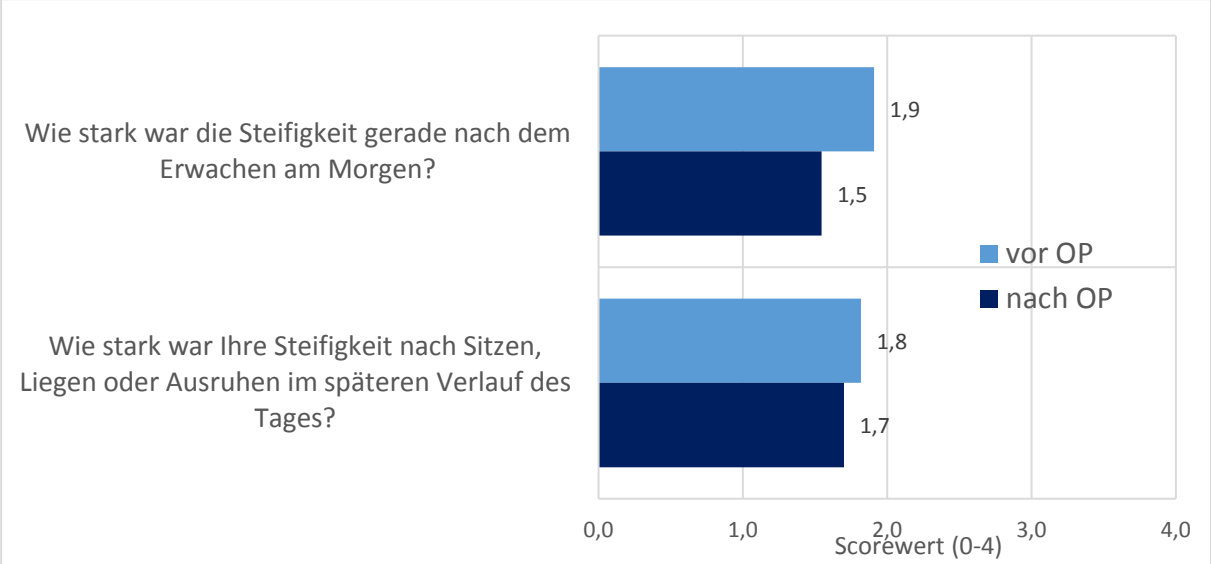


Abbildung 5.38: Ergebnisbewertung: Steifigkeit vor und nach Operation

Im Hinblick auf die Ergebnisbewertung der ***Schwierigkeiten bei körperlichen Tätigkeiten vor und nach OP*** geben die Patienten für alle hinterfragten Aspekte Verbesserungen an. Am deutlichsten fallen diese beim „Sich auf Toilette setzen / Aufstehen von der Toilette“, beim „Liegen im Bett“ und beim „Ins Bad (Badewanne) / aus dem Bad steigen“ sowie beim „Aufstehen vom Sitzen“ aus (siehe Abbildung 5.39).[29]

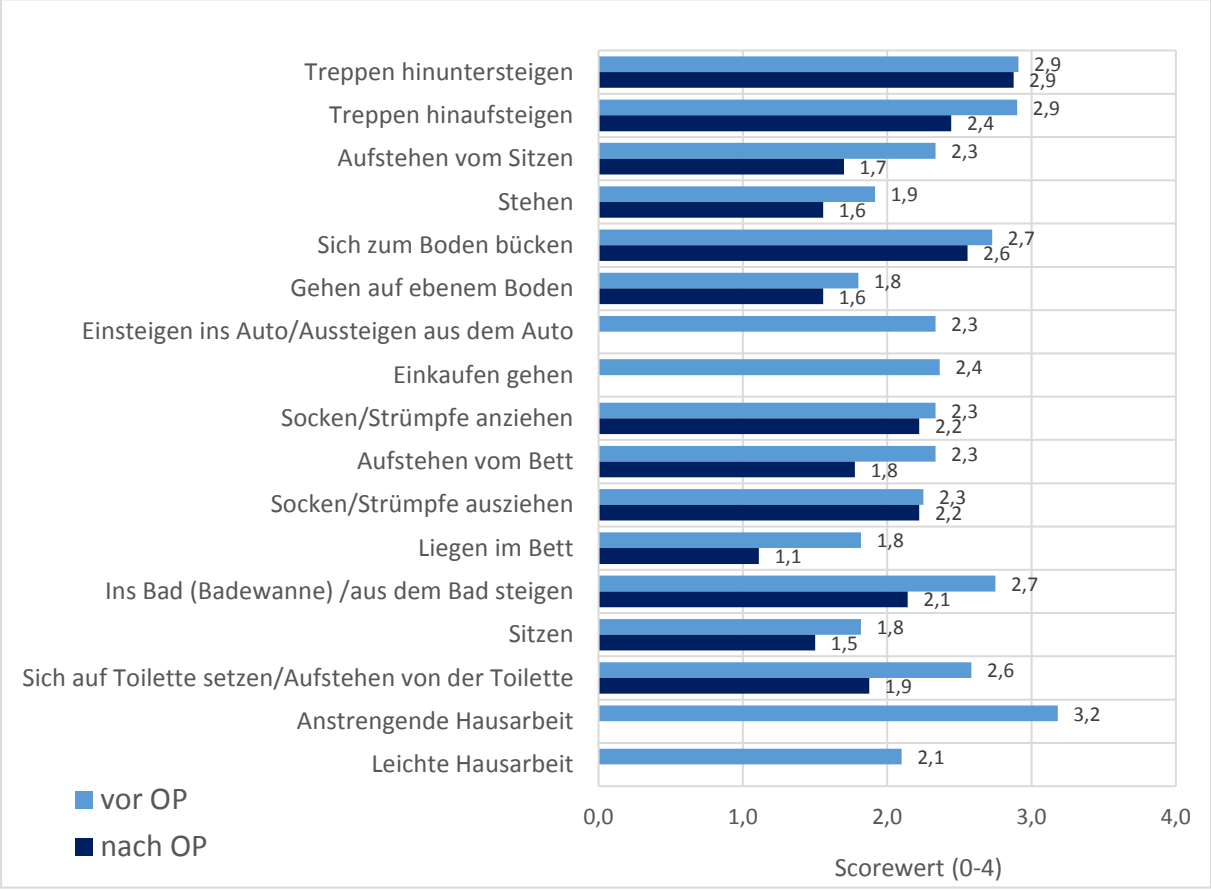


Abbildung 5.39: Ergebnisbewertung: Schwierigkeiten bei körperlichen Tätigkeiten vor und nach der Operation

[29] Beurteilt werden die Schwierigkeiten bei körperlichen Aktivitäten anhand eines speziellen Scorewertes, der Werte von 0 (= keine Schwierigkeiten) bis 4 (= sehr starke Schwierigkeiten) annimmt.

5.3 Ausgewählte Ergebnisse der Patientenbefragung zum Zeitpunkt 1 Jahr nach der Entlassung

5.3.1 Retrospektive Beurteilung der Zufriedenheit mit der Betreuung während des stationären Aufenthaltes

Anhand von fünf ausgewählten Fragestellungen erfolgt eine retrospektive Beurteilung der Zufriedenheit mit der Betreuung während des stationären Aufenthaltes ein Jahr nach der Behandlung im EPZ Ratzeburg.

- Wie empfanden Sie rückblickend die pflegerische Betreuung während Ihres stationären Aufenthaltes?
- Wie empfanden Sie rückblickend die ärztliche Betreuung während Ihres stationären Aufenthaltes?
- Wie empfanden Sie die Wartezeiten während Ihrer Behandlung?
- Wie empfanden Sie die Organisation der Abläufe während Ihrer Behandlung?
- Wie fühlten Sie sich insgesamt während Ihres stationären Aufenthaltes informiert?

Insgesamt kommen die Patientinnen und Patienten des EPZ Ratzeburg bei der retrospektiven Beurteilung der Zufriedenheit mit der Betreuung während des stationären Aufenthaltes ein Jahr nach dem Krankenhausaufenthalt aktuell in der Regel zu positiven Beurteilungen (siehe Abbildung 5.40).

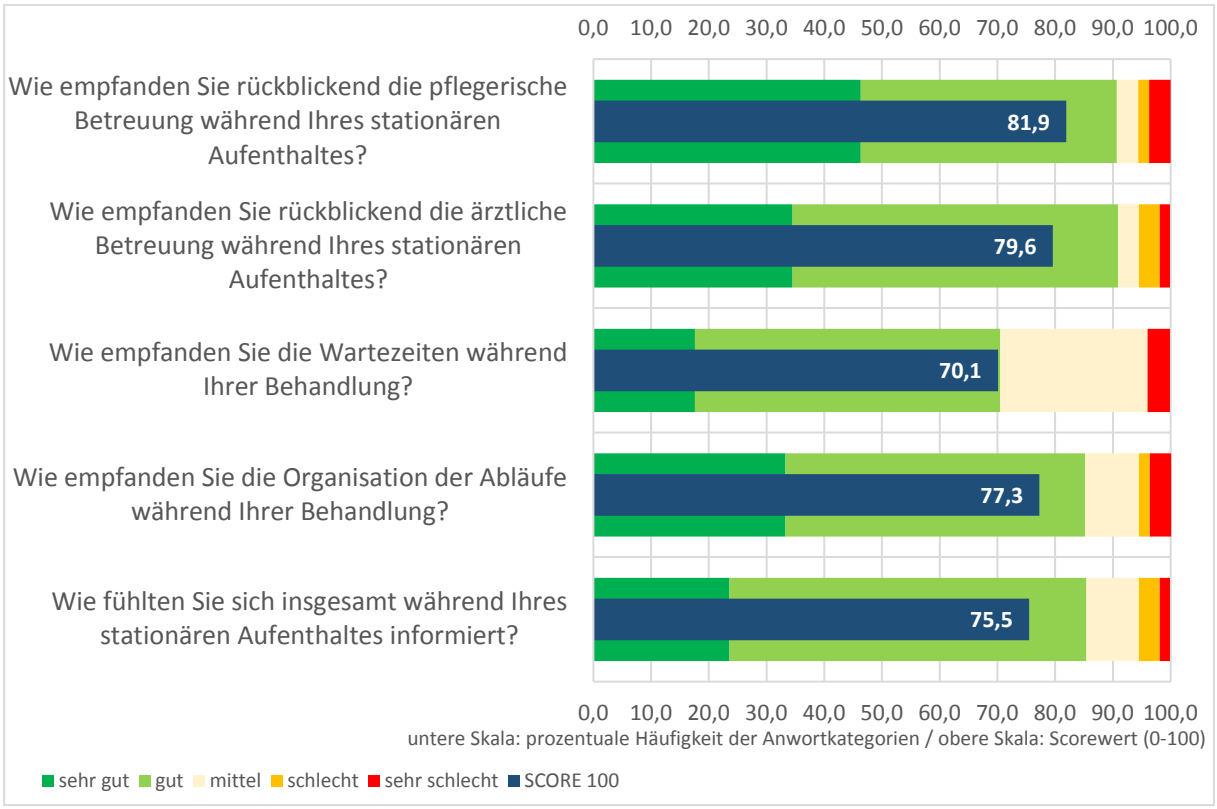


Abbildung 5.40: Retrospektive Beurteilung der Zufriedenheit mit der Betreuung während des stationären Aufenthaltes – Verfahrensjahr 2018

Einzig die Beurteilung der *Wartezeit während der Behandlung* fällt etwas niedriger aus – stellt aber immer noch eine durchaus zufriedenstellende, wenn auch sicherlich verbesserungsfähige Bewertung dar.

Im Vergleich zum Verfahrensjahr 2017 gibt es keine gravierenden Unterschiede (siehe Abbildung 5.41).

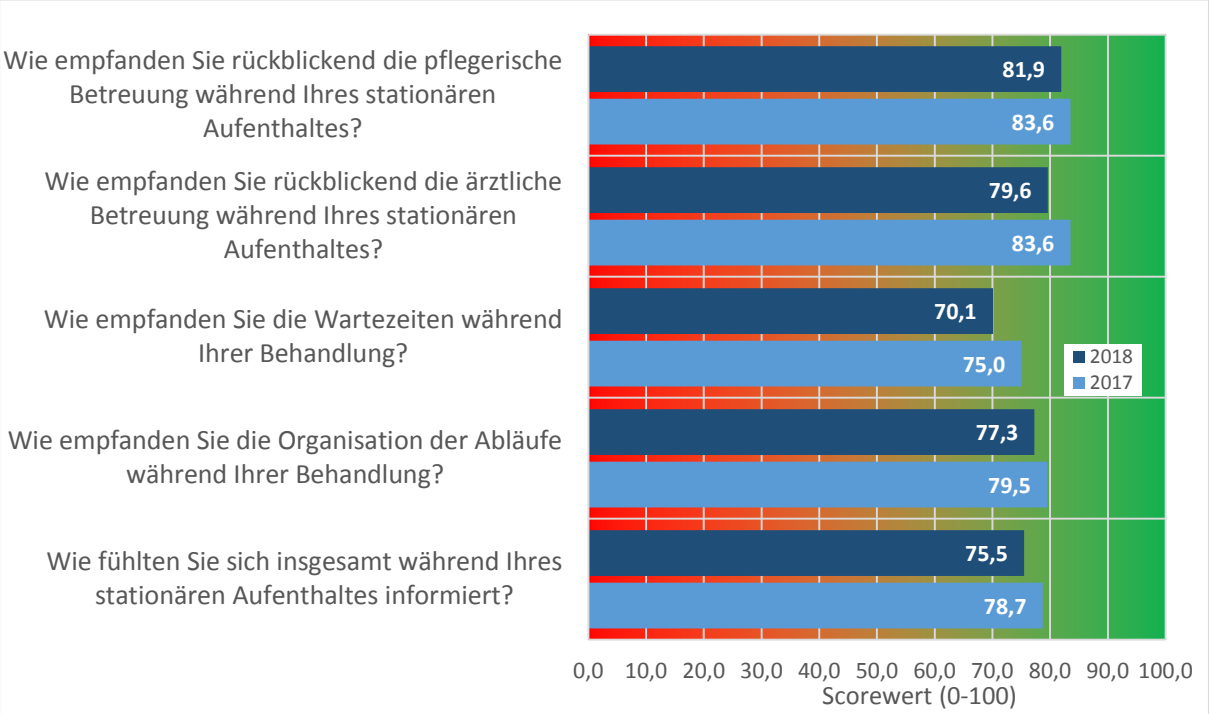


Abbildung 5.41: Retrospektive Beurteilung der Zufriedenheit mit der Betreuung während des stationären Aufenthaltes – Scorewertevergleich Verfahrensjahr 2018 vs. Verfahrensjahr 2017

Unterschiede sind jedoch zwischen den Patientinnen und Patienten, die sich einer Hüft-OP unterzogen haben, und den Patientinnen und Patienten, die sich einer Knie-OP unterzogen haben, festzustellen (siehe Abbildung 5.42).

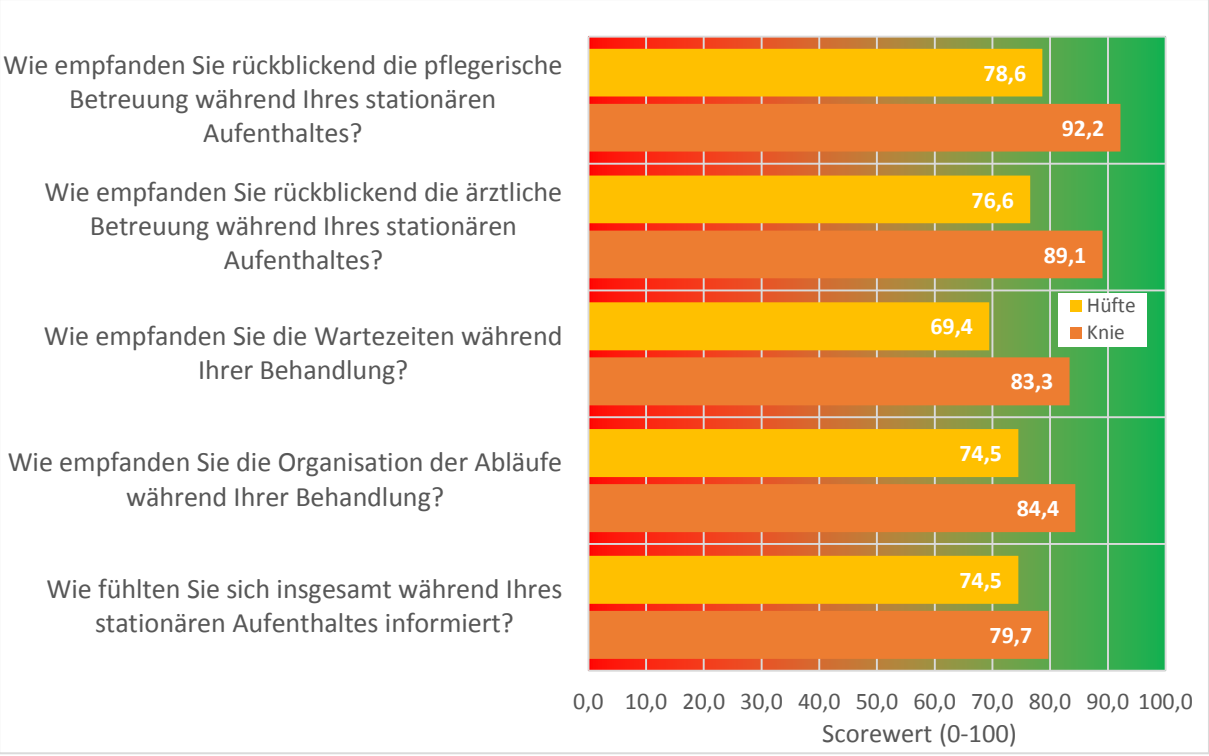


Abbildung 5.42: Retrospektive Beurteilung der Zufriedenheit mit der Betreuung während des stationären Aufenthaltes – Scorewertevergleich Hüfte vs. Knie, Zeitraum 2017-2018

Insgesamt beurteilen die Patientinnen und Patienten, die sich einer Knie-OP unterzogen haben, die hinterfragten Aspekte zur retrospektiven Beurteilung der Zufriedenheit mit der Betreuung während des stationären Aufenthaltes durchweg besser als die Patientinnen und Patienten, die sich einer Hüft-OP unterzogen haben. Dies trifft besonders auf die Beurteilung der pflegerischen Betreuung, der ärztlichen Betreuung und der Wartezeit zu.

5.3.2 Aktuelles Befinden

Aktuell werten 66,7% der Patientinnen und Patienten des EPZ Ratzeburg ihren derzeitigen Gesundheitszustand positiv (siehe Abbildung 5.43).

Im Verfahrensjahr 2017 betrug dieser Anteil sogar 85,7% - insgesamt werten 74,2% aller bisher hinterfragten Patientinnen und Patienten des EPZ Ratzeburg ihren derzeitigen Gesundheitszustand positiv.

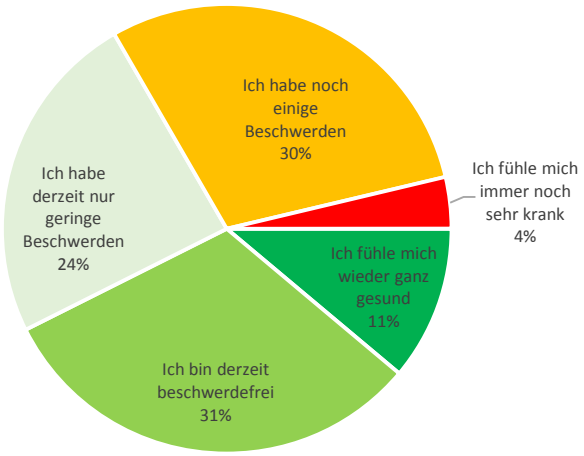


Abbildung 5.43: Bewertung des derzeitigen Gesundheitszustandes - Verfahrensjahr 2018

Auch hier gibt es durchaus Unterschiede zwischen den Patientinnen und Patienten, die sich einer Hüft-OP unterzogen haben, und den Patientinnen und Patienten, die sich einer Knie-OP unterzogen haben. Patientinnen und Patienten, die sich einer Knie-OP unterzogen haben, kommen dabei zu deutlich positiveren Voten als Patientinnen und Patienten, die sich einer Hüft-OP unterzogen haben.

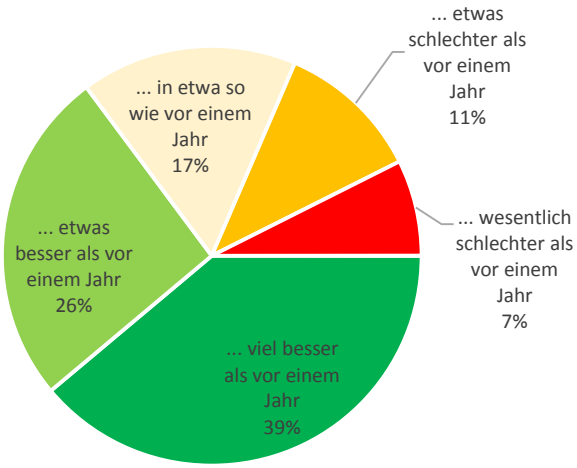


Abbildung 5.44: Bewertung der Veränderung des Gesundheitszustandes in den letzten 12 Monaten - Verfahrensjahr 2018

Für 64,8% der Patientinnen und Patienten hat sich ihr Gesundheitszustand in den vergangenen 12 Monaten verbessert (siehe Abbildung 4.43).

Im Verfahrensjahr 2017 betrug dieser Anteil 73,5%. Insgesamt beträgt der Anteil aller bisher hinterfragten Patientinnen und Patienten des EPZ Ratzeburg, für die sich ihr Gesundheitszustand verbessert hat, 68,2%.

Entgegen der Bewertung des derzeitigen Gesundheitszustandes gibt es hier keine Unterschiede zwischen den Patientinnen und Patienten, die sich einer Hüft-OP unterzogen haben, und den Patientinnen und Patienten, die sich einer Knie-OP unterzogen haben.

5.3.3 Grundsätzliche Zufriedenheit mit der Betreuung nach dem stationären Aufenthalt (Weiterbehandlung)

Die Beurteilung der grundsätzlichen Zufriedenheit mit der Betreuung nach dem stationären Aufenthalt erfolgt anhand von sieben Fragestellungen.

- Wie wurden die weiteren Maßnahmen insgesamt organisiert?
- Wie wurden Sie über die Nachbehandlung insgesamt informiert?
- Wie funktioniert Ihrer Ansicht nach die Zusammenarbeit zwischen dem Krankenhaus und den anderen Sie behandelnden Ärzten?
- Wie funktioniert Ihrer Ansicht nach die Zusammenarbeit zwischen dem Krankenhaus und den anderen Sie behandelnden Ärzten …
  - … bzgl. Informationsaustausch vor der Aufnahme
  - … bzgl. Informationsaustauch nach der Entlassung
  - … bzgl. Organisation der Therapie durch die weiterbehandelnden Ärzte
- Würden Sie - zum aktuellen Zeitpunkt - das EPZ Ratzeburg weiterempfehlen?
- Wie zufrieden sind Sie - zum aktuellen Zeitpunkt - insgesamt mit dem EPZ Ratzeburg?

Insgesamt kommen die Patientinnen und Patienten des EPZ Ratzeburg bei der Bewertung der grundsätzlichen Zufriedenheit mit der Betreuung nach dem stationären Aufenthalt aktuell zu durchaus zufriedenstellenden, aber auch verbesserungsfähigen Beurteilungen (siehe Abbildung 5.45).

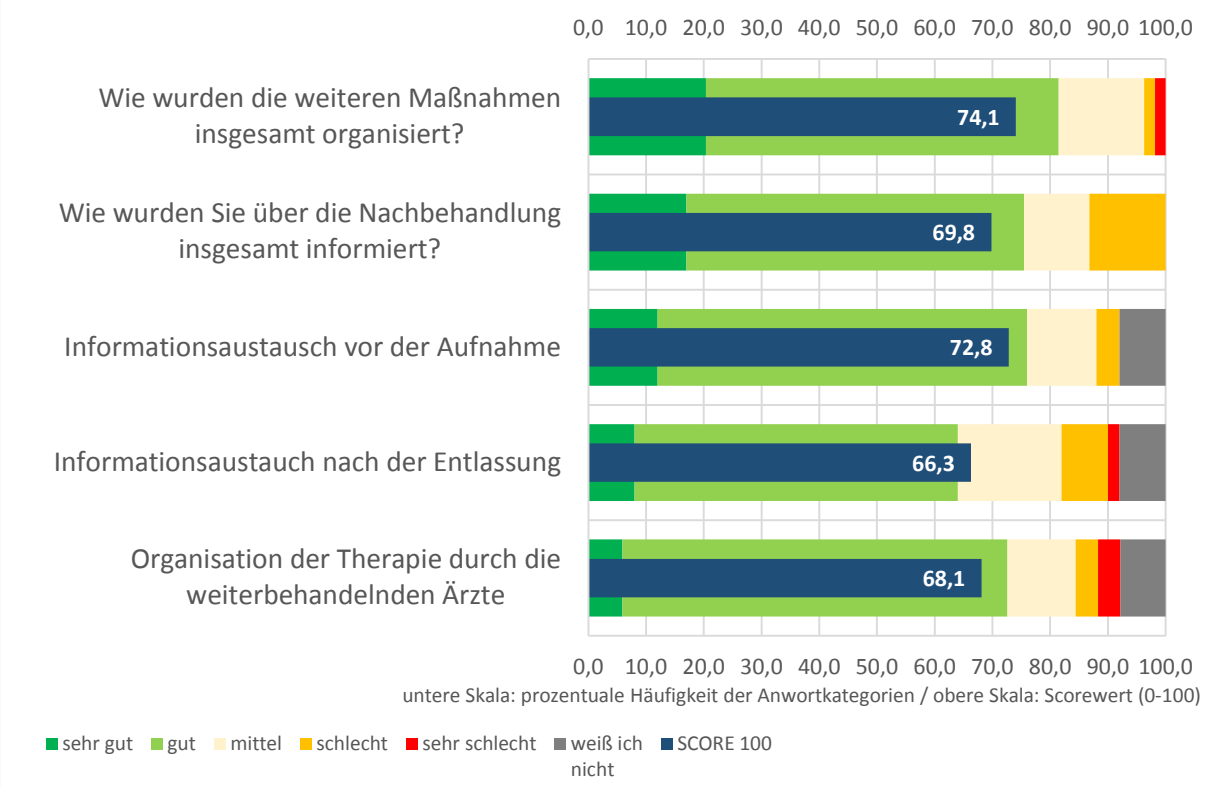


Abbildung 5.45: Grundsätzliche Zufriedenheit mit der Betreuung nach dem stationären Aufenthalt - Verfahrensjahr 2018

Dies betrifft vor allem den ***Informationsaustausch nach der Entlassung*** und die ***Organisation der Therapie durch die weiterbehandelnden Ärzte*** im Zuge der Zusammenarbeit zwischen dem Krankenhaus und den anderen behandelnden Ärzten sowie die ***Information über***

die Nachbehandlung. Wenngleich für diese Aspekte gegenüber dem Verfahrensjahr 2017 geringfügige Verbesserungen festzustellen sind (siehe Abbildung 5.46), werden sich die Verantwortlichen des EPZ Ratzeburg intensiv auseinandersetzen, um adäquate Verbesserungsmaßnahmen zu etablieren.

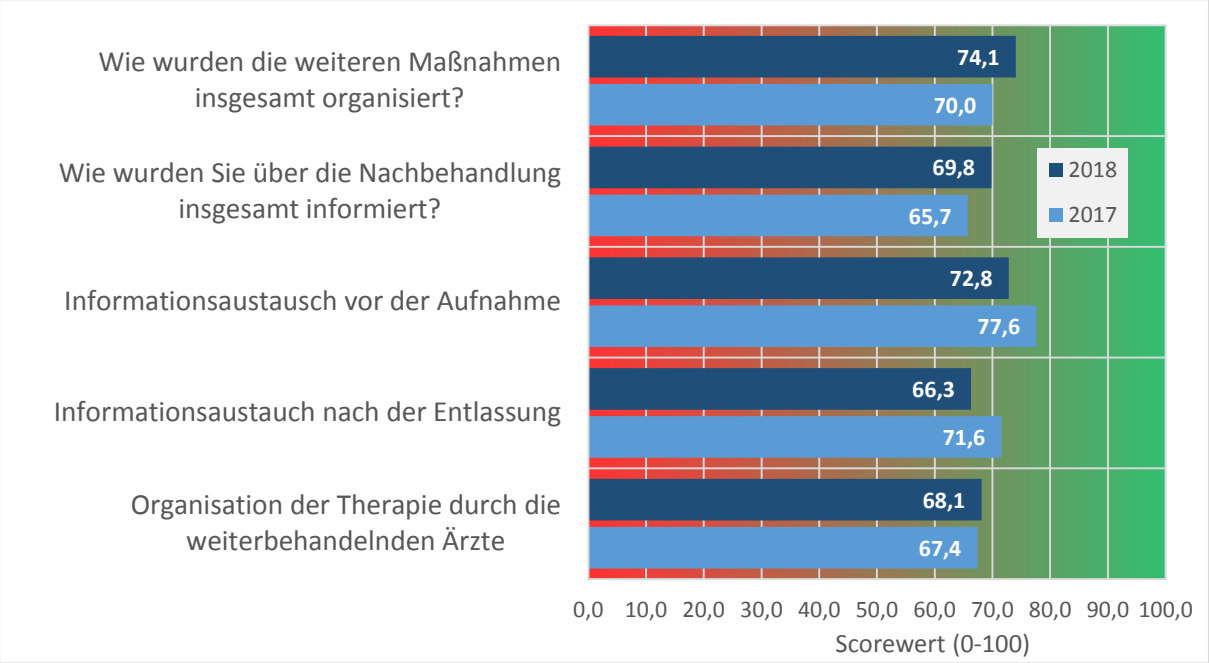


Abbildung 5.46: Grundsätzliche Zufriedenheit mit der Betreuung nach dem stationären Aufenthalt - Verfahrensjahr 2018 vs. Verfahrensjahr 2017

Ungeachtet dieser Verbesserungsmöglichkeiten würden aktuell 87,1% der Patientinnen und Patienten das EPZ Ratzeburg weiterempfehlen - 66,7% sogar uneingeschränkt (siehe Abbildung 5.47)

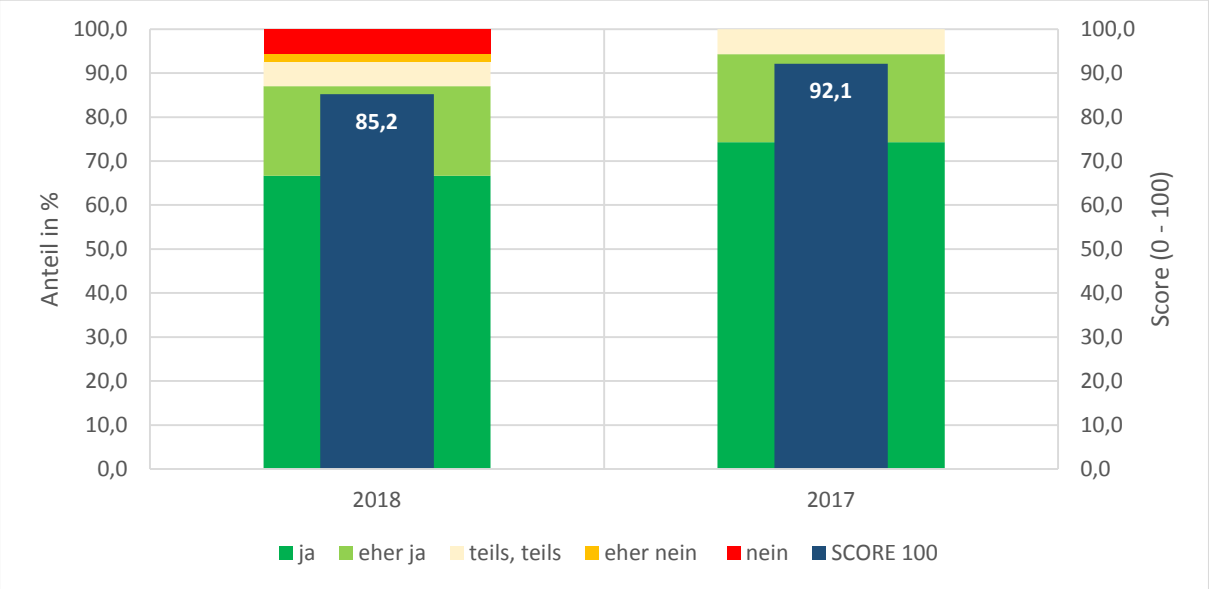


Abbildung 5.47: Weiterempfehlung des EPZ Ratzeburg im zeitlichen Vergleich

Im Verfahrensjahr 2017 lagen die Weiterempfehlungsrate bei 94,3% und die uneingeschränkte Weiterempfehlung bei 74,3%. Hierbei sind keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Patientinnen und Patienten, die sich einer Hüft-OP unterzogen haben, und den Patientinnen und Patienten, die sich einer Knie-OP unterzogen haben, festzustellen.

Ähnlich stellt sich die Situation hinsichtlich der Zufriedenheitsbewertung mit dem EPZ Ratzeburg insgesamt dar (siehe Abbildung 5.48).

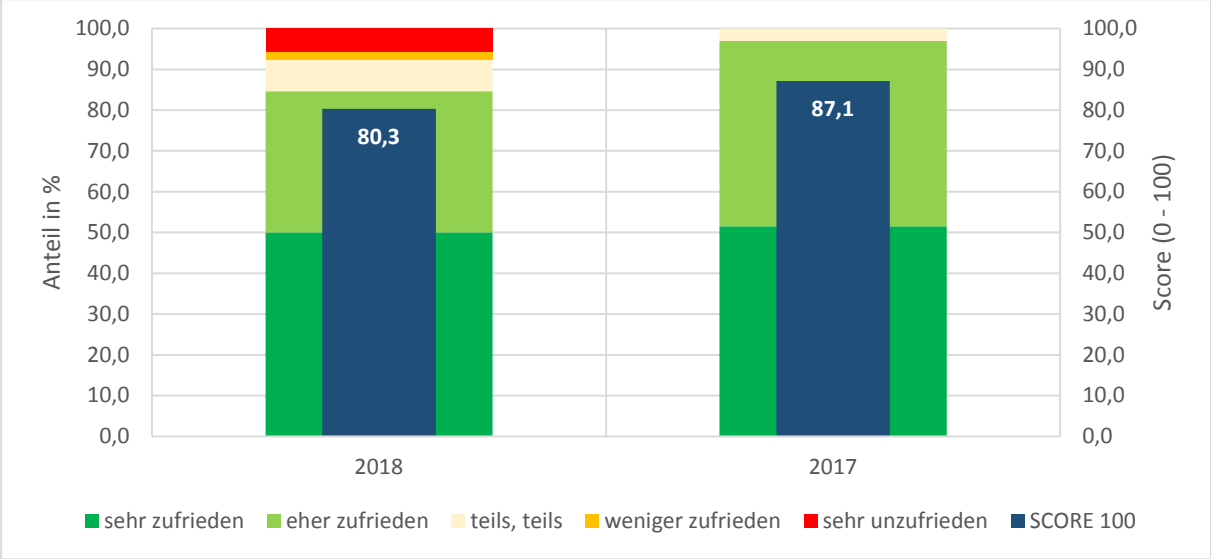


Abbildung 5.48: Zufriedenheit mit dem EPZ Ratzeburg insgesamt im zeitlichen Vergleich

84,6% der Patientinnen und Patienten sind aktuell mit dem EPZ Ratzeburg zufrieden – 50% sogar uneingeschränkt. Im Verfahrensjahr 2017 lagen die Zufriedenheitsrate bei 97,0% und die uneingeschränkte Zufriedenheit bei 51,5%. Auch hier sind keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Patientinnen und Patienten, die sich einer Hüft-OP unterzogen haben, und den Patientinnen und Patienten, die sich einer Knie-OP unterzogen haben, festzustellen.

5.3.4 Ergebnisbewertungen

Wie schon bei der Patientenbefragung zum Zeitpunkt der Entlassung zielen auch bei der Patientenbefragung ein Jahr nach Krankenhausbehandlung die Ergebnisbewertungen auf Veränderungen durch die Behandlung im EPZ Ratzeburg ab, und zwar im Hinblick auf die Beurteilung

- der **Stärke der Schmerzen des Gelenks**, weswegen die Operation stattgefunden hat,
- der **Steifigkeit** (nicht die Schmerzen) **des Gelenkes**, weswegen die Operation stattgefunden hat, und
- der **Beeinträchtigung der körperlichen Aktivitäten**.

Verglichen wird dabei aus Sicht der Patienten der Zeitpunkt **vier Wochen nach Krankenhausentlassung** mit dem **aktuellen Zeitpunkt**, d.h. in den letzten vier Wochen.

Bezogen auf das Verfahrensjahr 2018 geben die Patienten für alle hinterfragten Aspekte im Hinblick auf die Ergebnisbewertung der **Schmerzen** vier Wochen nach der Krankenhausbehandlung und den aktuellen Schmerzen Verbesserungen an. Die deutlichste Schmerzreduktion wird bei „Treppen hinauf- oder hinuntersteigen“ angegeben (siehe Abbildung 5.49).

Gegenüber der Ergebnisbewertungen zum Zeitpunkt der Entlassung - also vor und nach OP - fallen die Veränderungen hier geringer aus. Das ist ein Indiz dafür, dass bereits durch die OP der größte Anteil an Verbesserungen - sprich Schmerzreduktion bei den hinterfragten Aspekten - erreicht worden ist.

Gegenüber dem Verfahrensjahr 2017 ergeben sich keine nennenswerten Unterscheide bei den Ergebnisbewertungen zu den Schmerzen ein Jahr nach der Krankenhausbehandlung.

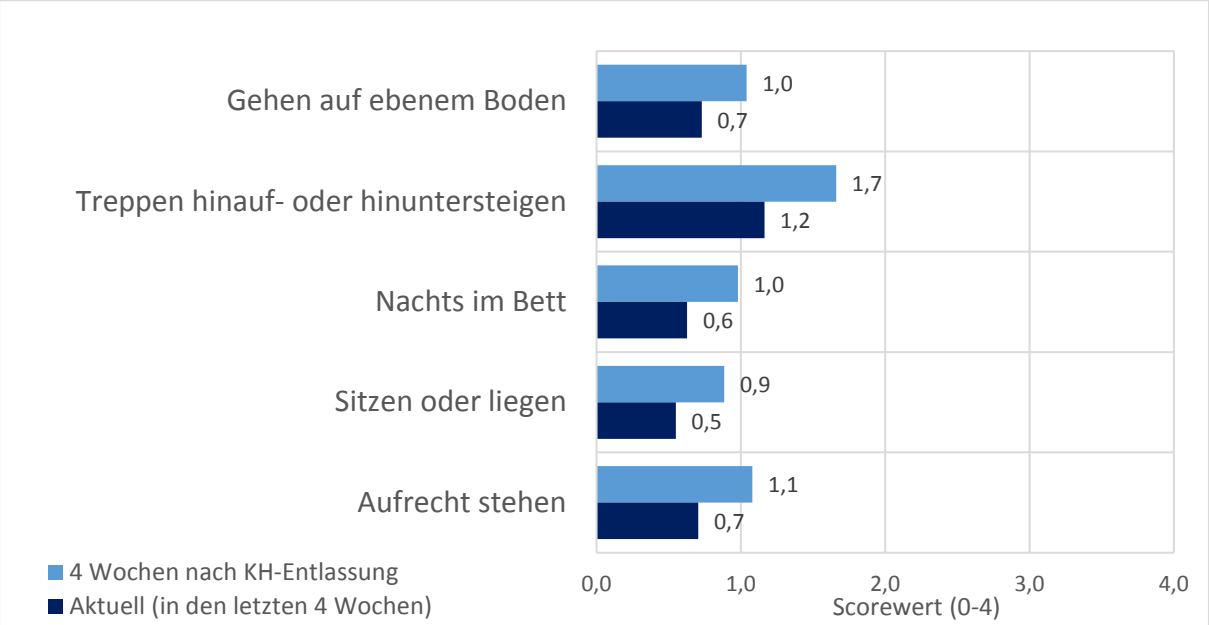


Abbildung 5.49: Ergebnisbewertung: Schmerzen 4 Wochen nach Krankenhausentlassung vs. aktuelle Schmerzen - Verfahrensjahr 2018

Bezogen auf alle bisher vorliegenden Ergebnisse ergeben sich jedoch Unterscheide zwischen den Patientinnen und Patienten, die sich einer Hüft-OP unterzogen haben, und den Patientinnen und Patienten, die sich einer Knie-OP unterzogen haben. Ausgehend von einer höheren Schmerzstärke vier Wochen nach Krankenhausentlassung bei Patientinnen und Patienten, die sich einer Knie-OP unterzogen haben, gegenüber den Patientinnen und Patienten, die sich einer Hüft-OP unterzogen haben, fallen die Schmerzreduktionen bei den Patientinnen und Patienten, die sich einer Knie-OP unterzogen haben, z.T. deutlicher aus als bei den Patientinnen und Patienten, die sich einer Hüft-OP unterzogen haben.

Im Hinblick auf die Ergebnisbewertung der **Steifigkeit vier Wochen nach Krankenhausentlassung** verglichen mit der **aktuellen Steifigkeit** geben die Patienten für die beiden hinterfragten Aspekte Verbesserungen an (siehe Abbildung 5.50).

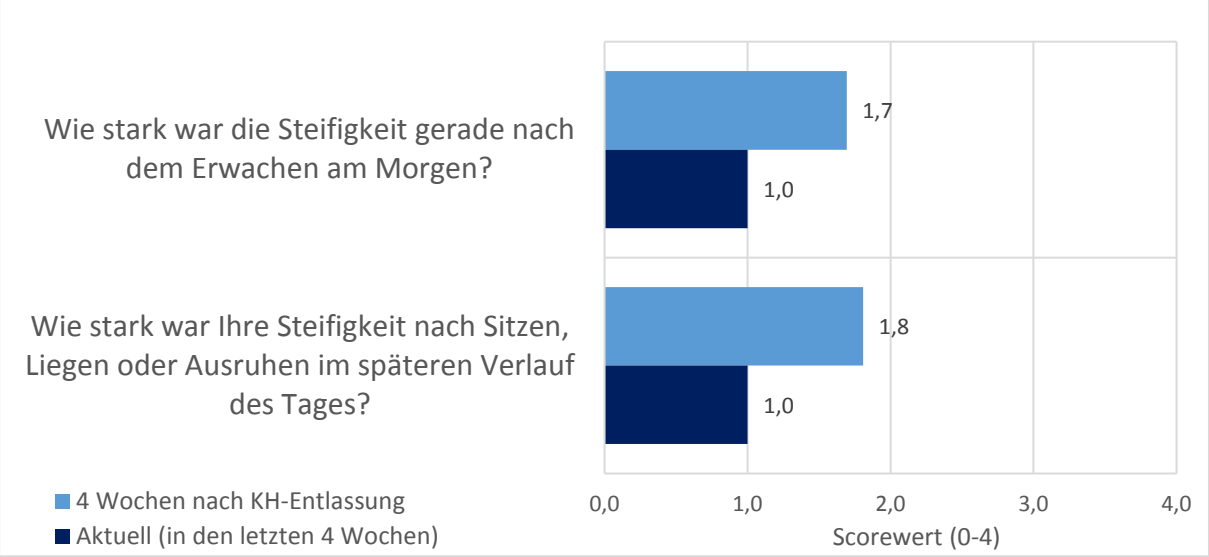


Abbildung 5.50: Ergebnisbewertung: Steifigkeit 4 Wochen nach Krankenhausentlassung vs. aktuelle Steifigkeit – Verfahrensjahr 2018

Im Hinblick auf die Ergebnisbewertung der **Schwierigkeiten bei körperlichen Tätigkeiten vier Wochen nach Krankenhausentlassung** verglichen mit den **aktuellen Schwierigkeiten bei körperlichen Tätigkeiten** geben die Patienten für alle hinterfragten Aspekte Verbesserungen an. Am deutlichsten fallen diese beim „socken/Strümpfe ausziehen“, „Aufstehen vom Bett“, „Sich auf Toilette setzen / Aufstehen von der Toilette“ und beim „Ins Bad (Badewanne) / aus dem Bad steigen“ aus (siehe Abbildung 5.51).

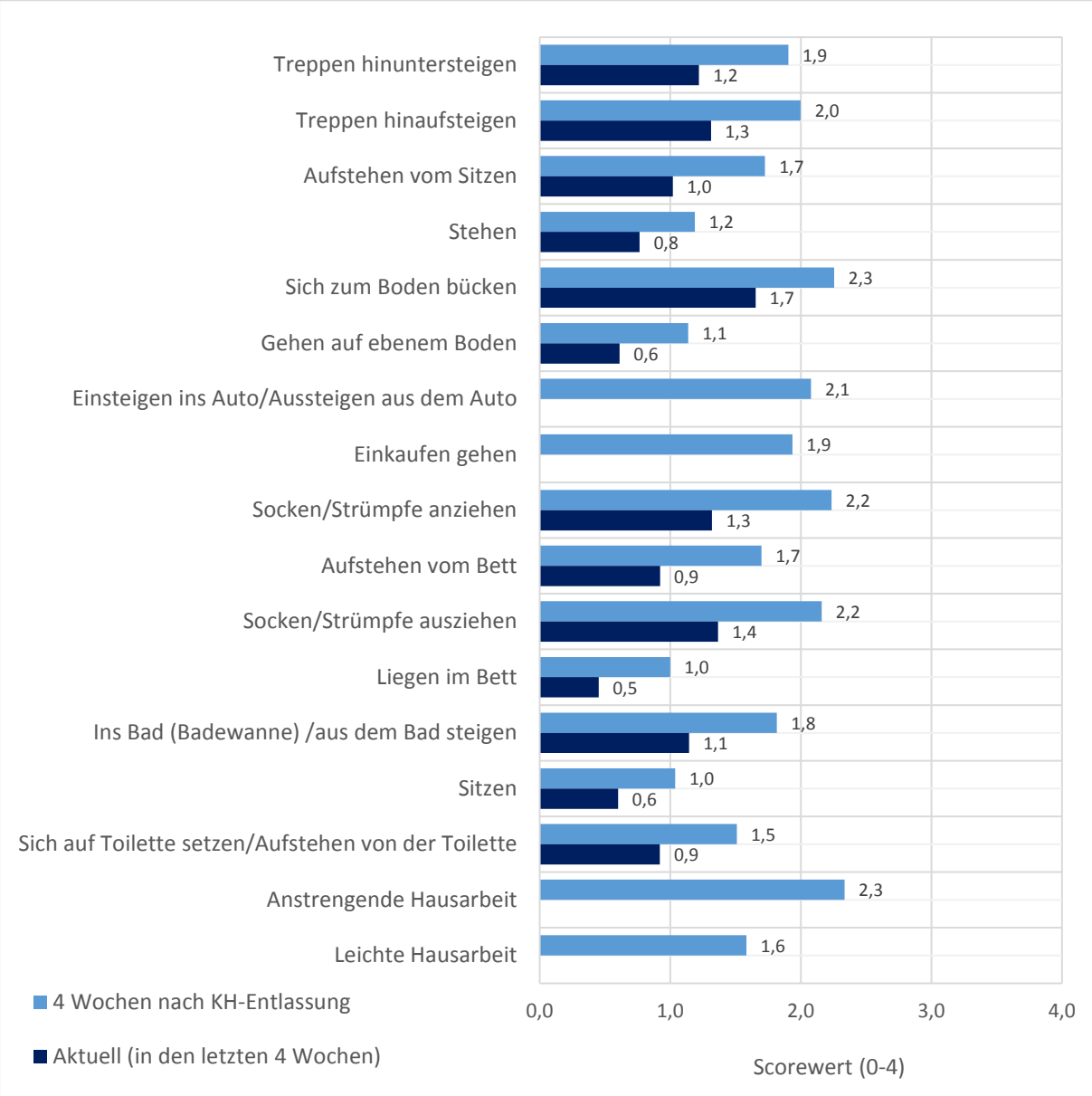


Abbildung 5.51: Ergebnisbewertung: Schwierigkeiten bei körperlichen Tätigkeiten 4 Wochen nach Krankenhausentlassung vs. aktuelle Schwierigkeiten bei körperlichen Tätigkeiten – Verfahrensjahr 2018

5.4 Umgang mit den Ergebnissen der Patientenbefragungen

Ein wesentliches Ziel der Patientenbefragungen des EPZ Ratzeburg lautet:

> „Gewinnung von Informationen über Problembereiche aus der Sicht des Patienten, für den es sinnvoll und zweckmäßig ist, mit methodischen Werkzeugen des Qualitätsmanagements Verbesserungen / Veränderungen systematisch herbeizuführen."

Hierzu werden neben den wertvollen Klartextangaben v.a. die für Patientenbefragungen definierten Qualitätsmerkmale respektive Qualitätsindikatoren bzw. Qualitätskennzahlen betrachtet.

Beispielsweise sind seitens des EPZ Ratzeburg hinsichtlich der hinterfragten Aspekte zur „Aufnahme auf Station" folgende **Qualitätsgrößen** für die Auseinandersetzung mit den Ergebnissen im Rahmen des Qualitätsmanagements definiert:

Qualitätsmerkmal:	Kümmerer bei Aufnahme auf Station
Qualitätsindikator:	Bewertung des Vorhandenseins eines Kümmerers bei Aufnahme auf Station
Berechnungsgröße:	Scorewert
Wertebereich:	1 bis 100
Qualitätsziel:	100
Referenzbereich	noch nicht endgültig definiert – vorläufig >= 70

Qualitätsmerkmal:	*Genaue* Information über den organisatorischen Ablauf auf Station
Qualitätsindikator:	Bewertung der *genauen* Information über den organisatorischen Ablauf auf Station
Berechnungsgröße:	Scorewert
Wertebereich:	1 bis 100
Qualitätsziel:	100

Qualitätsmerkmal:	Schnelle Mitteilung eines Ansprechpartners
Qualitätsindikator:	Bewertung der schnellen Mitteilung eines Ansprechpartners
Berechnungsgröße:	Scorewert
Wertebereich:	1 bis 100
Qualitätsziel:	100

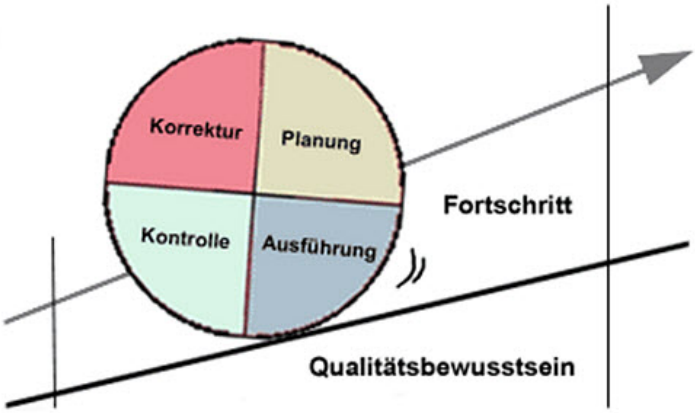
Qualitätsmerkmal:	Ausreichend Zeit für das Aufnahmegespräch durch den Arzt
Qualitätsindikator:	Bewertung der ausreichenden Zeit für das Aufnahmegespräch durch den Arzt
Berechnungsgröße:	Scorewert
Wertebereich:	1 bis 100
Qualitätsziel:	100

Qualitätsmerkmal:	Dauer der Aufnahme auf Station
Qualitätsindikator:	Bewertung der Dauer der Aufnahme auf Station
Berechnungsgröße:	Scorewert
Wertebereich:	1 bis 100
Qualitätsziel:	100

Qualitätsmerkmal:	Gesamtbeurteilung der Organisation / des Ablaufs des Aufnahmeverfahrens auf Station
Qualitätsindikator:	Bewertung der Gesamtbeurteilung der Organisation / des Ablaufs des Aufnahmeverfahrens auf Station
Berechnungsgröße:	Scorewert
Wertebereich:	1 bis 100
Qualitätsziel:	100

Aufgrund der bisher vorliegenden Ergebnisse der Patientenbefragung zum Zeitpunkt der Entlassung und zum Zeitpunkte 1 Jahr nach Krankenhausentlassung sind zwar keine vordringlichen Probleme erkennbar, für den einen oder anderen Aspekt besteht aber durchaus Verbesserungsbedarf.

Diesem werden sich die Verantwortlichen des EPZ annehmen. Denn es gilt auch hier die Devise, dass man auch bei guten Ergebnissen bemüht ist, noch besser zu werden.



Deming-Wheel zur Qualitätsverbesserung
(nach: W. Deming 1985, ©teachSam)

6 Zusammenfassung

Im April 2014 wurde die Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie des DRK-Krankenhauses Mölln-Ratzeburg als EndoProthetikZentrum anerkannt. Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) verfolgt konsequent das Ziel, die Patientensicherheit und Versorgungsqualität zu erhöhen. Die strukturellen Vorgaben und die Standards im Bereich der Hygiene und der Handhabung von Medizinprodukten werden jährlich überprüft, angepasst und aktualisiert.

Neben der Darlegung der Qualität aus medizinischer Sicht ist uns ein besonderes Anliegen auch die Qualität aus Sicht der Patientinnen und Patienten des EndoprothetikZentrums (EPZ) Ratzeburg darzustellen.

> Unsere Qualitätsanspruch:
> Nachgewiesene Qualität bei ausgeprägter Patientenorientierung.

Hierzu bedient sich das EPZ Ratzeburg dem Instrument des Public-Reporting und hier insbesondere der Thematik der Spezial-Qualitätsberichte.

Mit der Beschreibung ausgewählter Qualitätsaspekte auf der Grundlage bestehender Datenquellen im Rahmen der zielgruppenorientierten Spezial-Qualitätsberichte ist ein deutlich anderer Fokus beabsichtigt als mit den gesetzlich geforderten Strukturierten Qualitätsberichten, die seit ihren ersten Veröffentlichungen im Jahre 2005 bis heute mehr eine Beschreibung von Quantitäten als von Qualitäten darstellen.

Im besonderen Fokus steht dabei - neben der Qualitätsbeurteilung aus Sicht der „Leistungserbringer“ (Qualität aus medizinischer Sicht) - die Qualitätsbeurteilung aus Sicht der „Leistungsempfänger“ (Qualität aus Sicht der Patienten).

Unter Berücksichtigung der jeweiligen thematischen Ausrichtung zielen die Spezial-Qualitätsberichte des DRK Krankenhauses auf folgende **Zielgruppen** ab:

- Patienten, Angehörige von Patienten, potentielle Patienten
- niedergelassene Ärzte
- Kooperationspartner
- Krankenhausträger
- Mitarbeitern des DRK Krankenhauses Mölln-Ratzeburg
- Krankenkassen
- interessierte Öffentlichkeit.

Der vorliegende 1. Spezial-Qualitätsbericht des EPZ Ratzeburg basiert auf folgenden **Datenquellen**:

- Qualität aus medizinischer Sicht (= Leistungserbringer):
  - Ergebnisse bzgl. der Qualitätsindikatoren der externen stationären (vergleichenden) Qualitätssicherung
  - Ergebnisse bzgl. der Qualitätsindikatoren im Rahmen der Zertifizierung als Endoprothetikzentrum
- Qualität aus Sicht der Patienten (= Leistungsempfänger):
  - Ergebnisse der kontinuierlichen Patientenbefragung zum Zeitpunkt der Entlassung
  - Ergebnisse der kontinuierlichen Patientenbefragung zum Zeitpunkt 1 Jahr nach Krankenhausentlassung
- Qualität aus Sicht der Einweiser:
  - Ergebnisse der Einweiserbefragung im Jahr 2017

Insgesamt zeigt sich, dass das EPZ Ratzeburg respektive das DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg die **externen Qualitätsanforderungen**, die sich aus der ***externen stationären (vergleichenden) Qualitätssicherung*** und im Rahmen der ***Zertifizierung als Endoprothetikzentrum*** ergeben, fast ausnahmslos erfüllt werden.

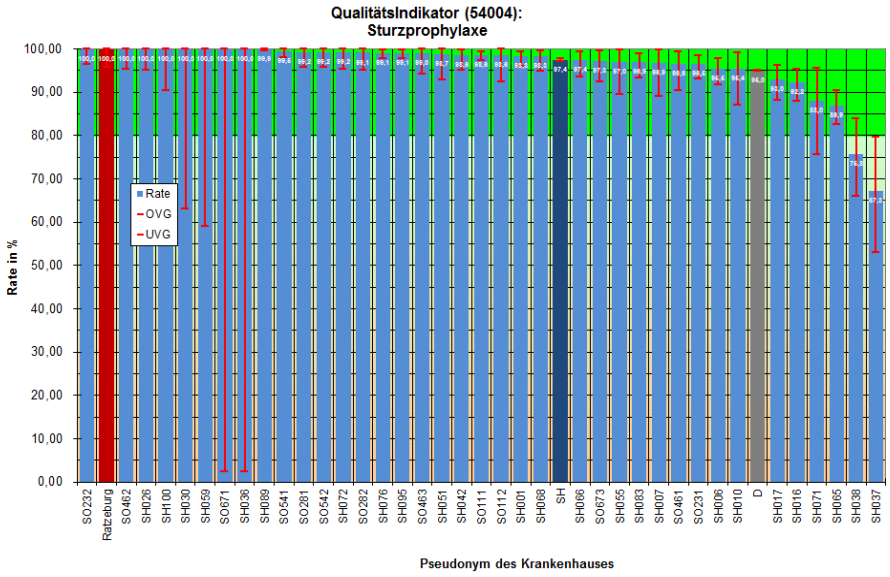
Im Krankenhausvergleich auf der Grundlage der Ergebnisse der externen stationären (vergleichenden) Qualitätssicherung nimmt das DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg häufig sogar vordere Plätze ein – zum Beispiel bezüglich der folgenden Qualitätsindikatoren:

bzgl. des Moduls hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

- Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur < 24h bzw. < 48h [Rang 6]
- Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur < 24h [Rang 5]

bzgl. des Moduls Hüftendoprothesenversorgung

- Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme [Rang 4]
- Sturzprophylaxe [Rang 2]
- Spezifische intra-/postoperative Komplikationen - elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation [Rang 5]



- Spezifische intra-/postoperative Komplikationen – Reimplantation [Rang 6].

Selbstverständlich nimmt das DRK Krankenhauses Mölln-Ratzeburg in den Ergebnisvergleichen nicht nur vordere Ränge ein. So liegt das DRK Krankenhauses Mölln-Ratzeburg im Verfahrensjahr 2017 bezüglich des Qualitätsindikators „Wundhämatome/Nachblutungen“ an drittletzter Stelle im Krankenhausvergleich. Gleichwohl ist dieses Ergebnis als unauffällig zu bewerten.

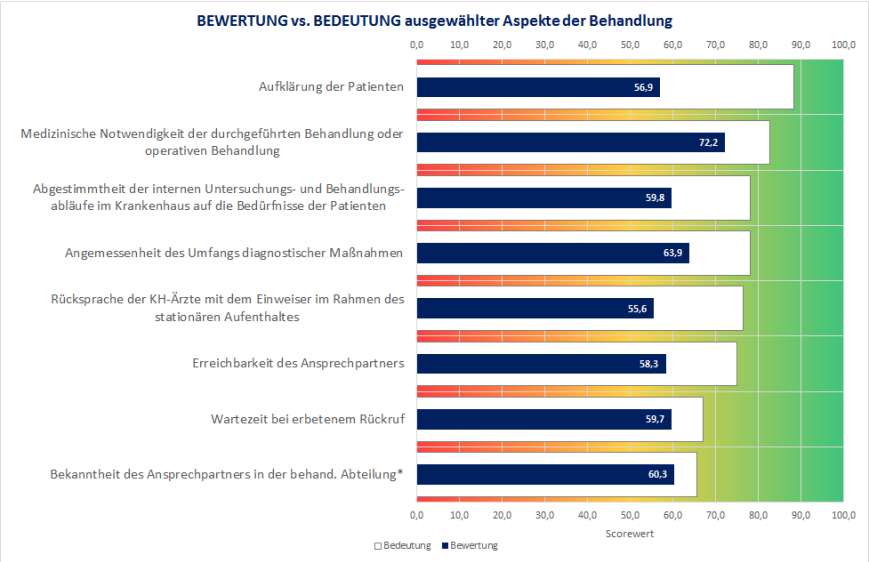
In den seltenen Fällen, in denen die externen Qualitätsanforderungen - hier v.a. im Zuge der Zertifizierung als Endprothetikzentrum - nicht erfüllt sind, liegen adäquate Begründungen vor.

Zu den Anforderungen für die Zertifizierung als Endoprothetikzentrum gehört u.a. die Durchführung von **Einweiserbefragungen**. Vor diesem Hintergrund hat das DRK Krankenhaus Mölln-Ratzeburg im Frühjahr 2017 eine generelle Einweiserbefragung mit der Möglichkeit einer differenzierten Betrachtung für das EPZ durchgeführt.

Bei der Beurteilung ausgewählter Aspekte der Zusammenarbeit kommen die befragten Einweiser durchaus zu guten Bewertungen – zum Beispiel bzgl. der *Bettenverfügbarkeit bei Notfallpatienten* oder bzgl. der *medizinischen Notwendigkeit der durchgeführten Behandlung oder operativen Behandlung*.

Auf der anderen Seite lassen die Bewertungen durchaus auch potentiellen Handlungsbedarf erkennen.

Von besonderem Interesse bei der im Jahr 2017 durchgeführten Einweiserbefragung ist in diesem Kontext die Gegenüberstellung der Bedeutung und der Bewertung der hinterfragten Aspekte. Möglicher Handlungsbedarf ergibt sich insbesondere dann für die Aspekte, die eine hohe Bedeutung aus Sicht der Einweiser, aber eine geringe Bewertung erfahren haben, d.h. wenn die Bewertung „hinter" der Bedeutung zurückbleibt. Dies ist beispielsweise bei der *Aufklärung der Patienten* der Fall.



Diesem Aspekt wird bei einem Scorewert von 88,3 eine starke Bedeutung aus Sicht der Einweiser zugewiesen. Demgegenüber bewerten die Einweiser den Aspekt allerdings bei einem Scorewert von 56,9 eher mäßig.

Seitens des EPZ Ratzeburg sind aufgrund der Ergebnisse der Einweiserbefragung zahlreiche **Verbesserungsmaßnahmen** ergriffen worden.

Für einige aufgrund der Ergebnisse auffälligen Aspekte werden dagegen keine unmittelbaren Konsequenzen gezogen. Diese betreffen u.a. auch die *Aufklärung der Patienten*. Im Zuge der Patientenbefragung des EPZ sind nämlich diesbezüglich sehr positive Voten seitens der Patienten abgegeben worden.

Zu den Anforderungen für die Zertifizierung als Endoprothetik-Zentrum gehört neben einer Einweiserbefragung auch die Durchführung von **Patientenbefragungen**.

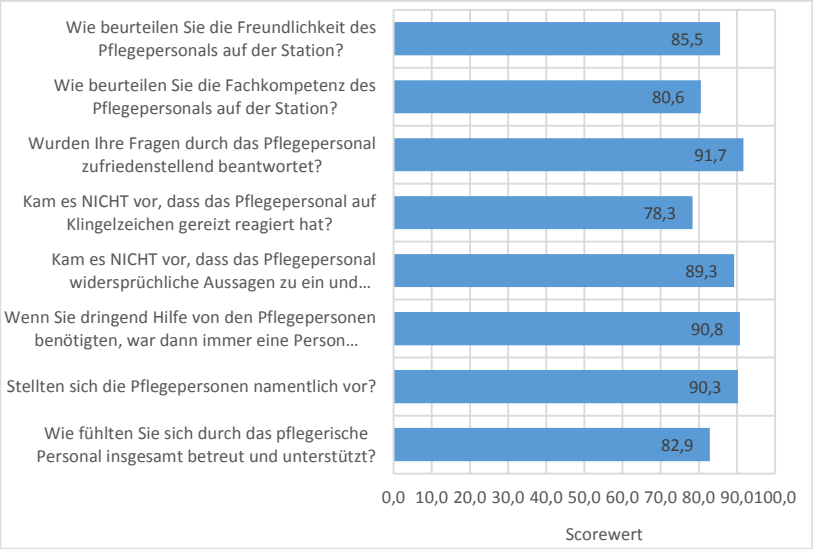
Sowohl unter methodischen Gesichtspunkten als auch aus dem Selbstverständnis für ein adäquates Qualitätsmanagement und einer hierbei ausgeprägten Patientenorientierung sind insbesondere die zeitlichen Vorgaben für die Patientenbefragung nicht sinnvoll.

Durch eine kontinuierliche Patientenbefragung dagegen kann die Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit der Patienten mit ausgewählten Aspekten der Behandlung permanent ermittelt werden. So lassen sich zum einen zeitnah wichtige Erkenntnisse im Hinblick auf notwendige Verbesserungen gewinnen und zum anderen kann der Erfolg von eingeleiteten Verbesserungsmaßnahmen ebenfalls zeitnah bewertet werden.

Ausgehend von einem erfolgreichen Pretest der Patientenbefragung zum Zeitpunkt der Entlassung im Zeitraum November 2016 bis Februar 2017 führt das EPZ Ratzeburg führt seit Mitte 2017 **kontinuierliche Patientenbefragungen** und zwar sowohl ***zum Zeitpunkt der Entlassung*** als auch ***1 Jahr nach dem operativen Eingriff*** durch.

Insgesamt kommen die Patientinnen und Patienten des EPZ Ratzeburg im Zuge der kontinuierlichen Patientenbefragungen in der Regel - gemessen am Scorewert - zu positiven bis sehr positiven Beurteilungen. Hierzu zählen insbesondere die Tatsachen, dass sich bei Ankunft auf

Station sofort jemand um den Patienten gekümmert hat oder dass sich der Arzt für das Aufnahmegespräch ausreichend Zeit genommen hat. Auch wenn dringend Hilfe von den Pflegepersonen benötigt wurde, war nahezu immer eine Person rechtzeitig zur Stelle. Gleiches gilt für den Fall, dass dringend Hilfe vom ärztlichen Personal benötigt wurde.



Folglich würden sich 93,8% der Patienten wieder für das EPZ Ratzeburg entscheiden - 88% sogar uneingeschränkt.

Ein wesentliches Ziel der Patientenbefragungen des EPZ Ratzeburg lautet:

> „Gewinnung von Informationen über Problembereiche aus der Sicht des Patienten, für den es sinnvoll und zweckmäßig ist, mit methodischen Werkzeugen des Qualitätsmanagements Verbesserungen / Veränderungen systematisch herbeizuführen."

Hierzu werden neben den wertvollen Klartextangaben v.a. die für Patientenbefragungen definierten Qualitätsmerkmale respektive Qualitätsindikatoren bzw. Qualitätskennzahlen betrachtet.

Aufgrund der bisher vorliegenden in der Regel positiven bis sehr positiven Ergebnisse der Patientenbefragung zum Zeitpunkt der Entlassung und zum Zeitpunkt 1 Jahr nach Krankenhausentlassung sind keine vordringlichen Probleme erkennbar. So sind lediglich kleine organisatorische Verbesserungen notwendig, um die Patientenzufriedenheit noch weiter zu verbessern.

Diesem werden sich die Verantwortlichen des EPZ annehmen. Denn es gilt auch hier die Devise, dass man auch bei guten Ergebnissen bemüht ist, noch besser zu werden.

SPEZIAL-QUALITÄTSBERICHTERSTATTUNG DES DRK KRANKENHAUSES MÖLLN-RATZEBURG

1. QualitätsBericht

des EndoProthetikZentrums Ratzeburg

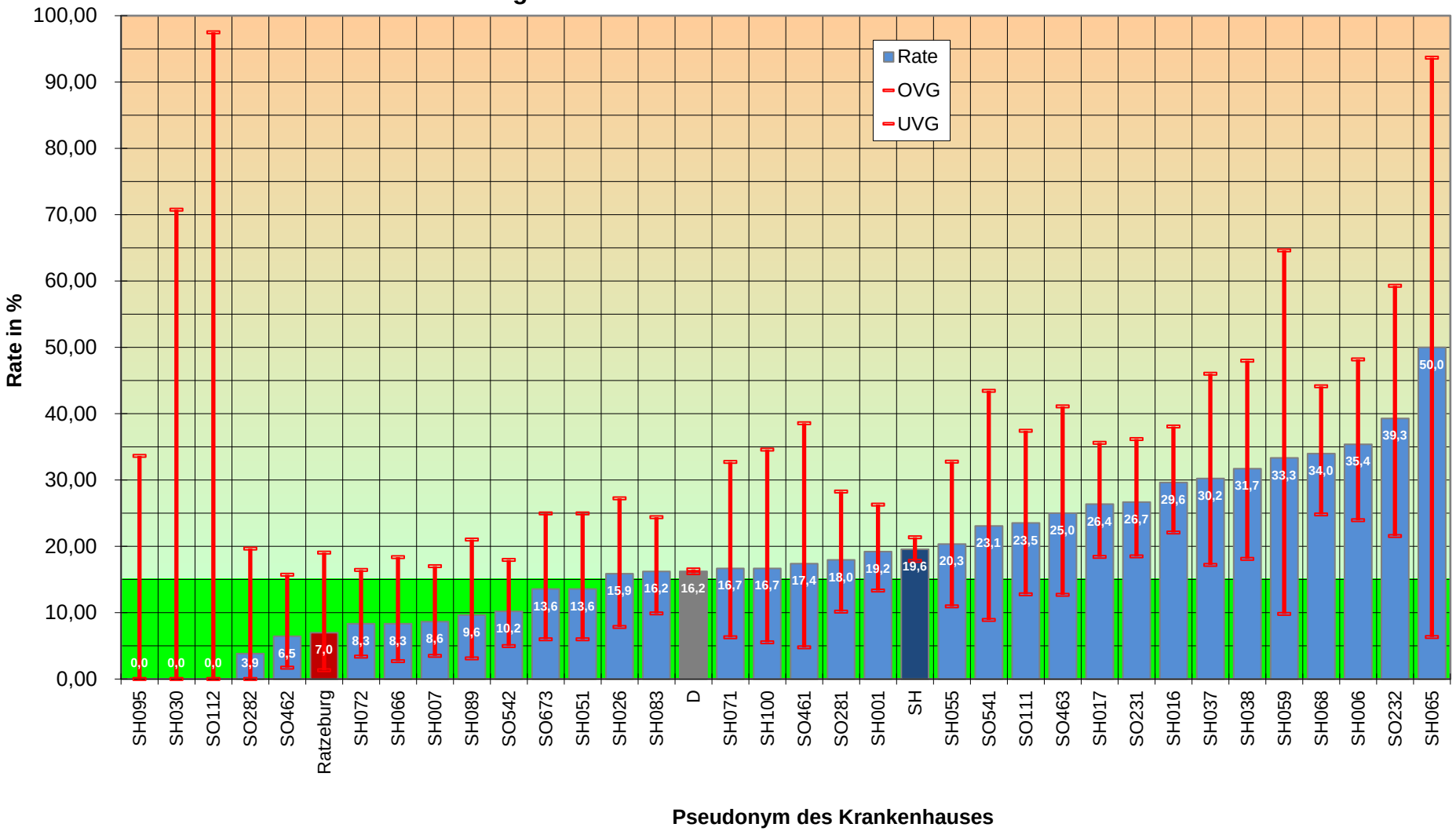
G E S A M T B E R I C H T

A N H A N G 1

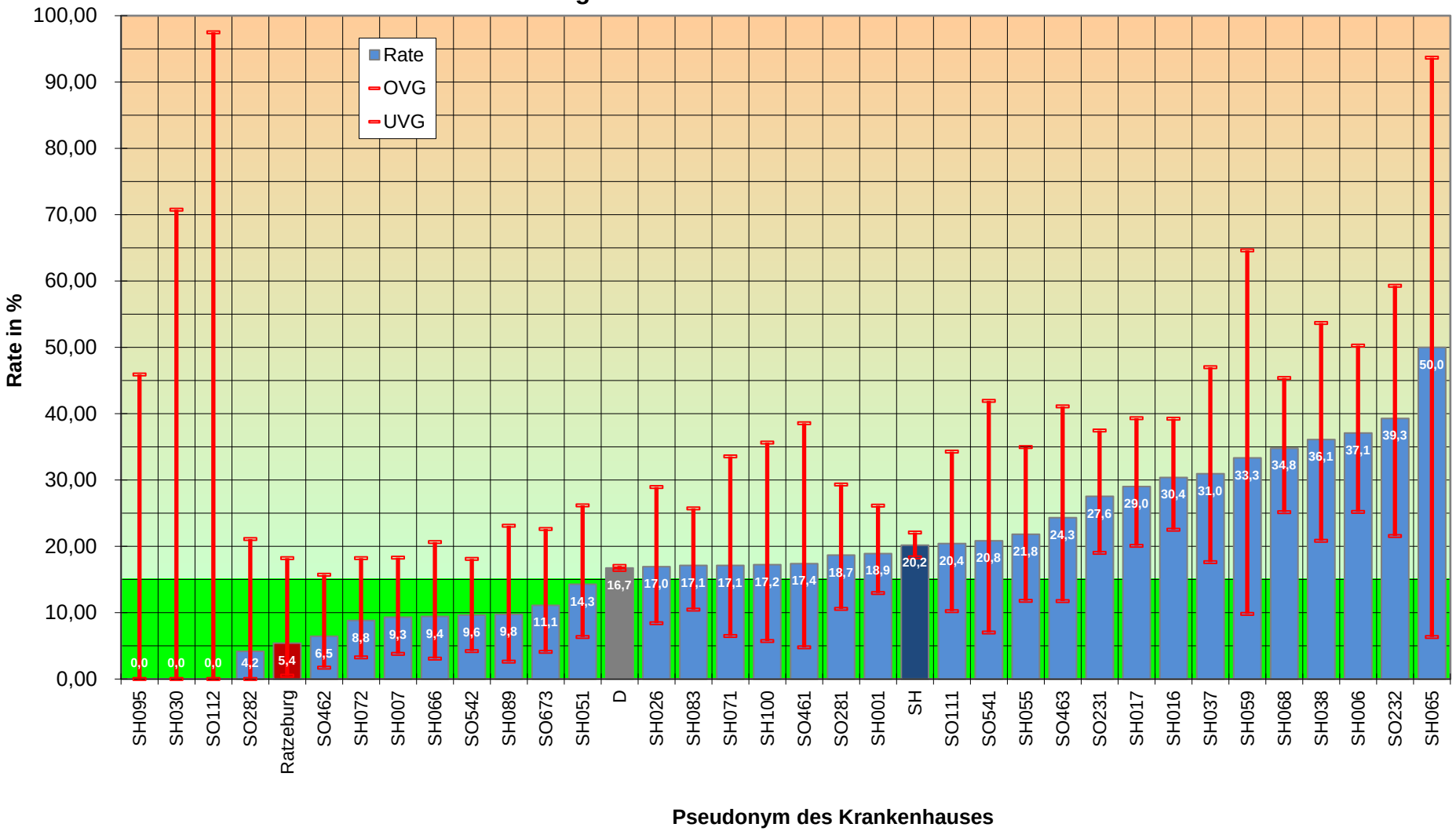
Version 1.0

September 2019

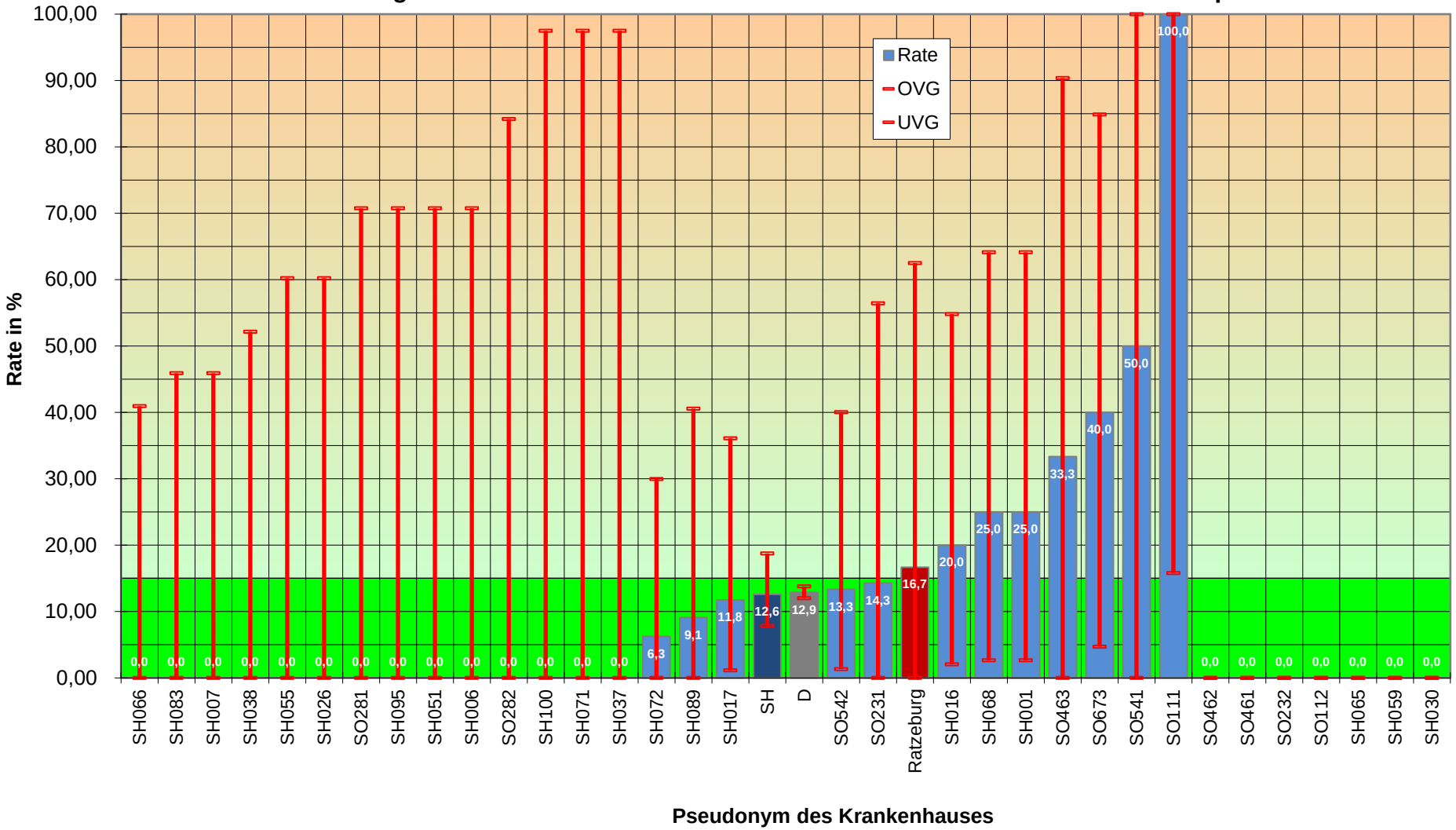
QualitätsIndikator (54030) - Kennzahl 1.1: Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenksnahen Femurfraktur > 24h bzw. >48h

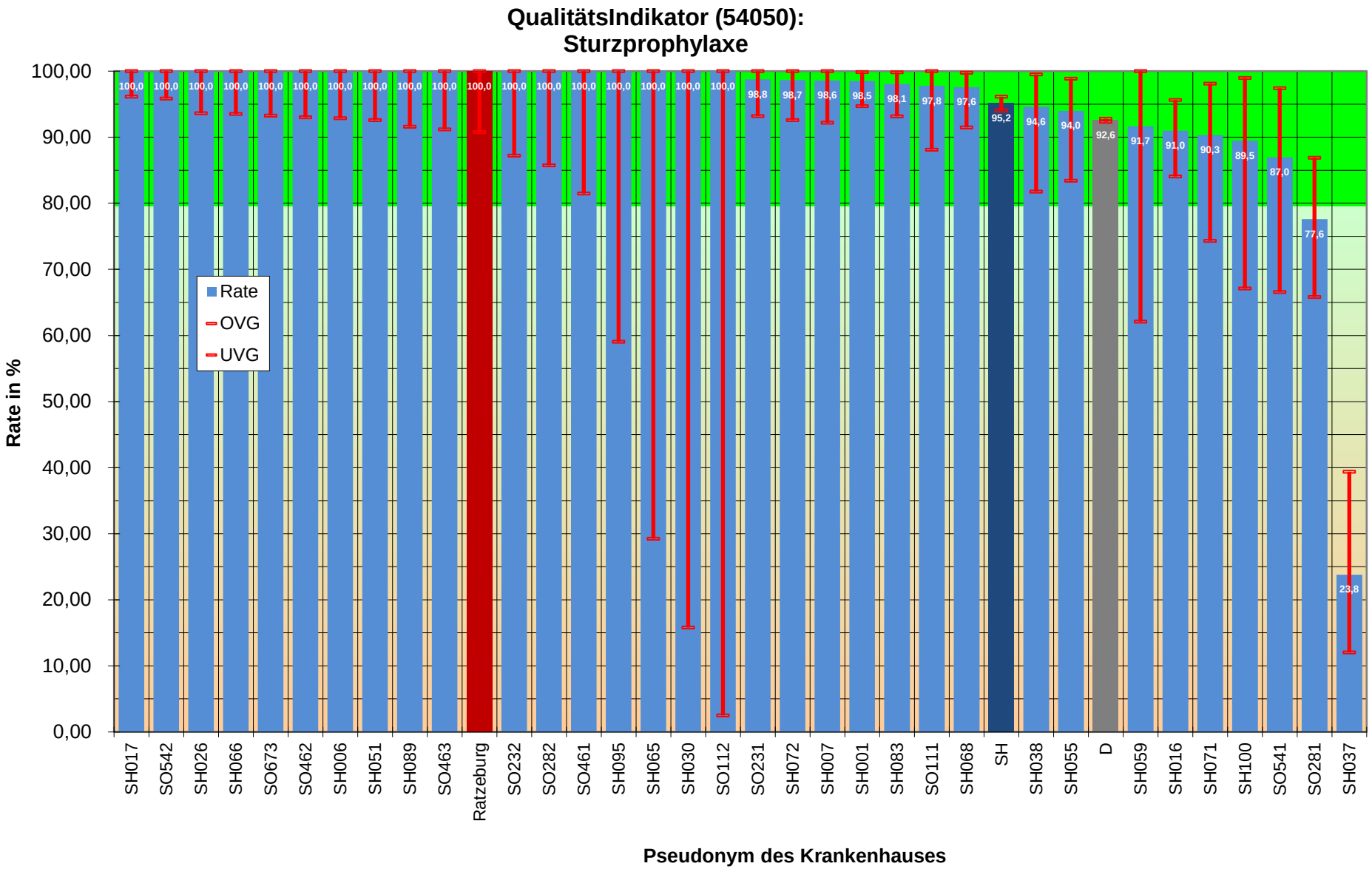


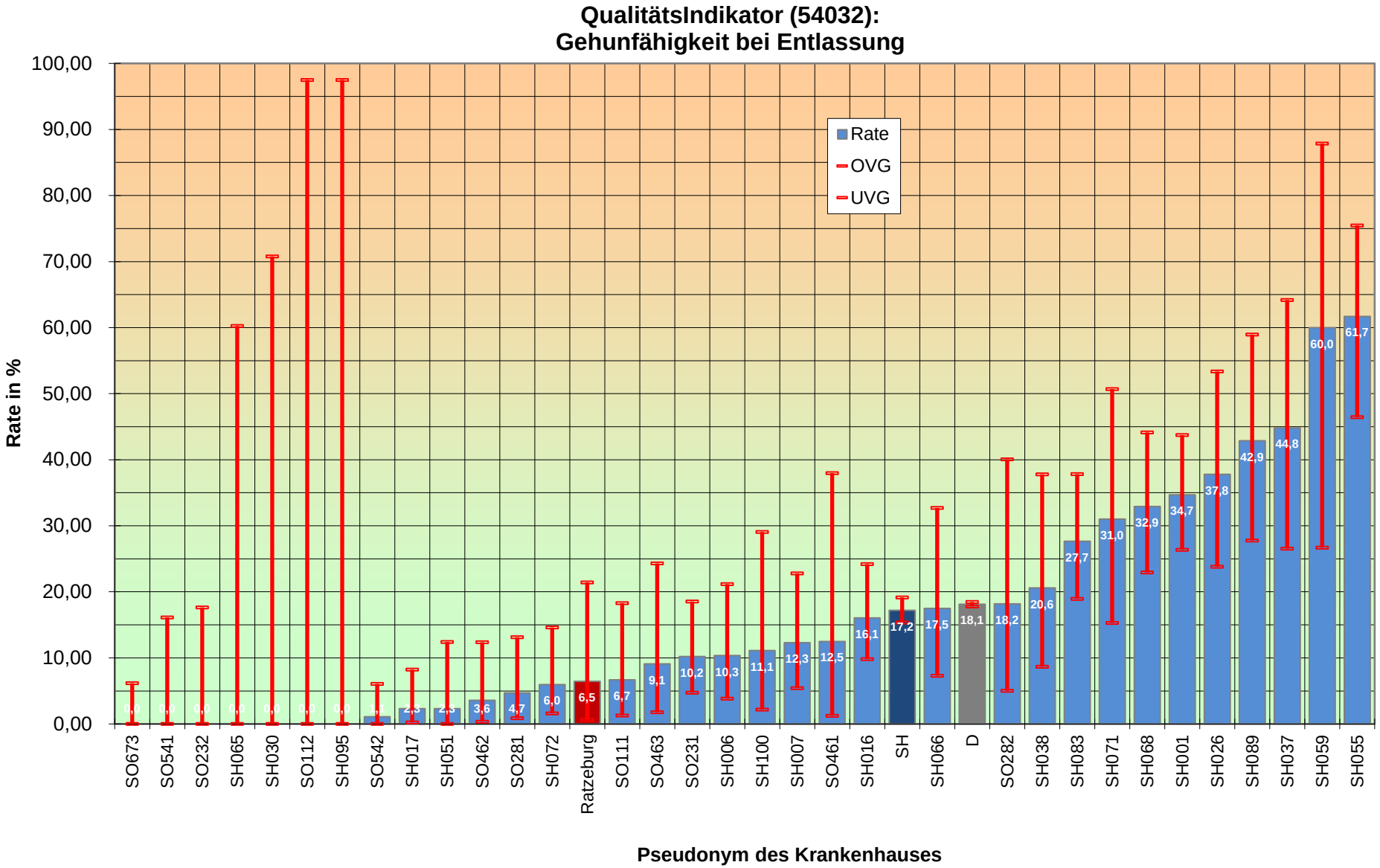
QualitätsIndikator (54030) - Kennzahl 1.1a: Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenksnahen Femurfraktur > 24h



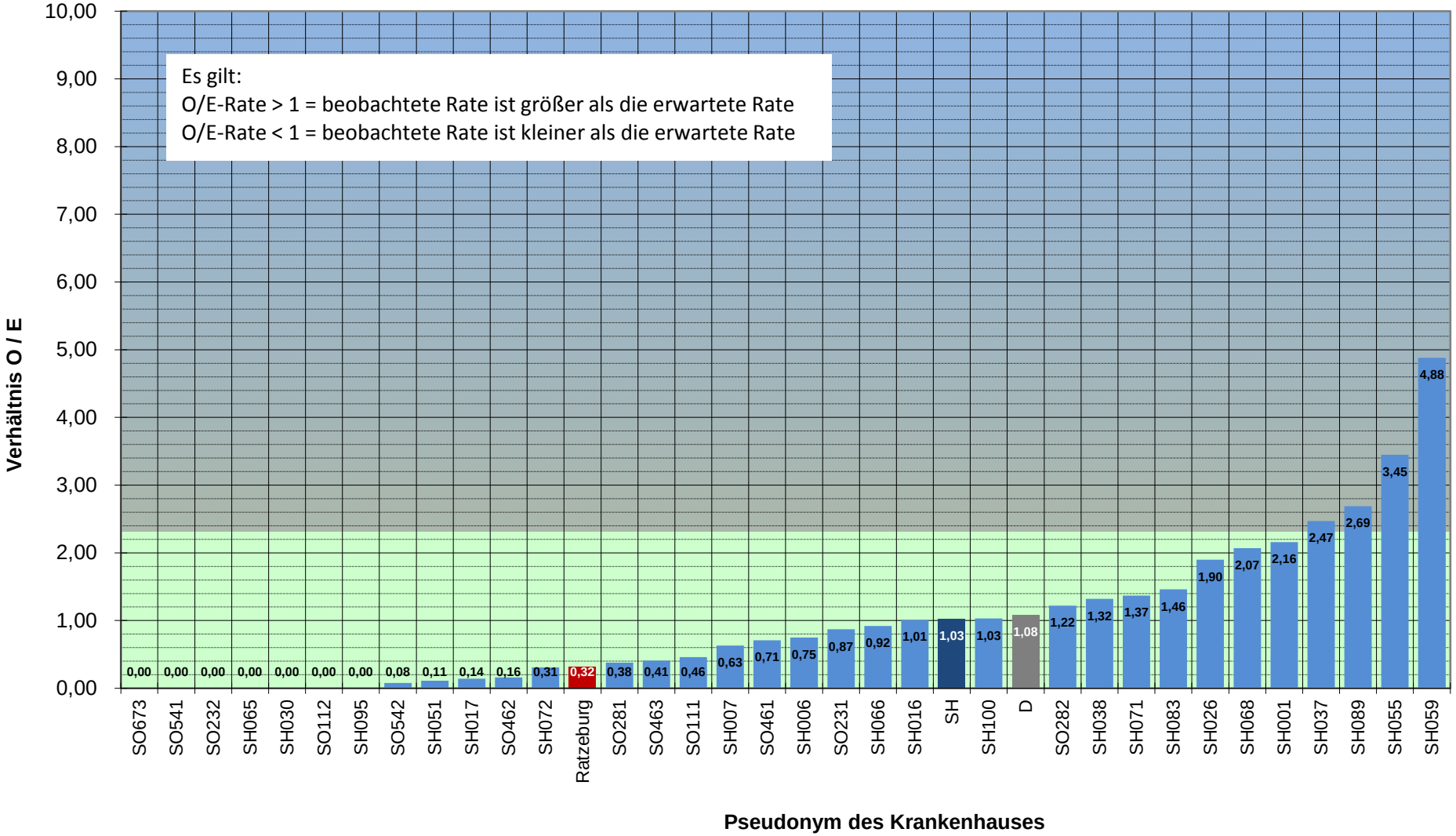
QualitätsIndikator (54030) - Kennzahl 1.1b: Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenksnahen Femurfraktur > 48h bei antithrombotischer Dauertherapie

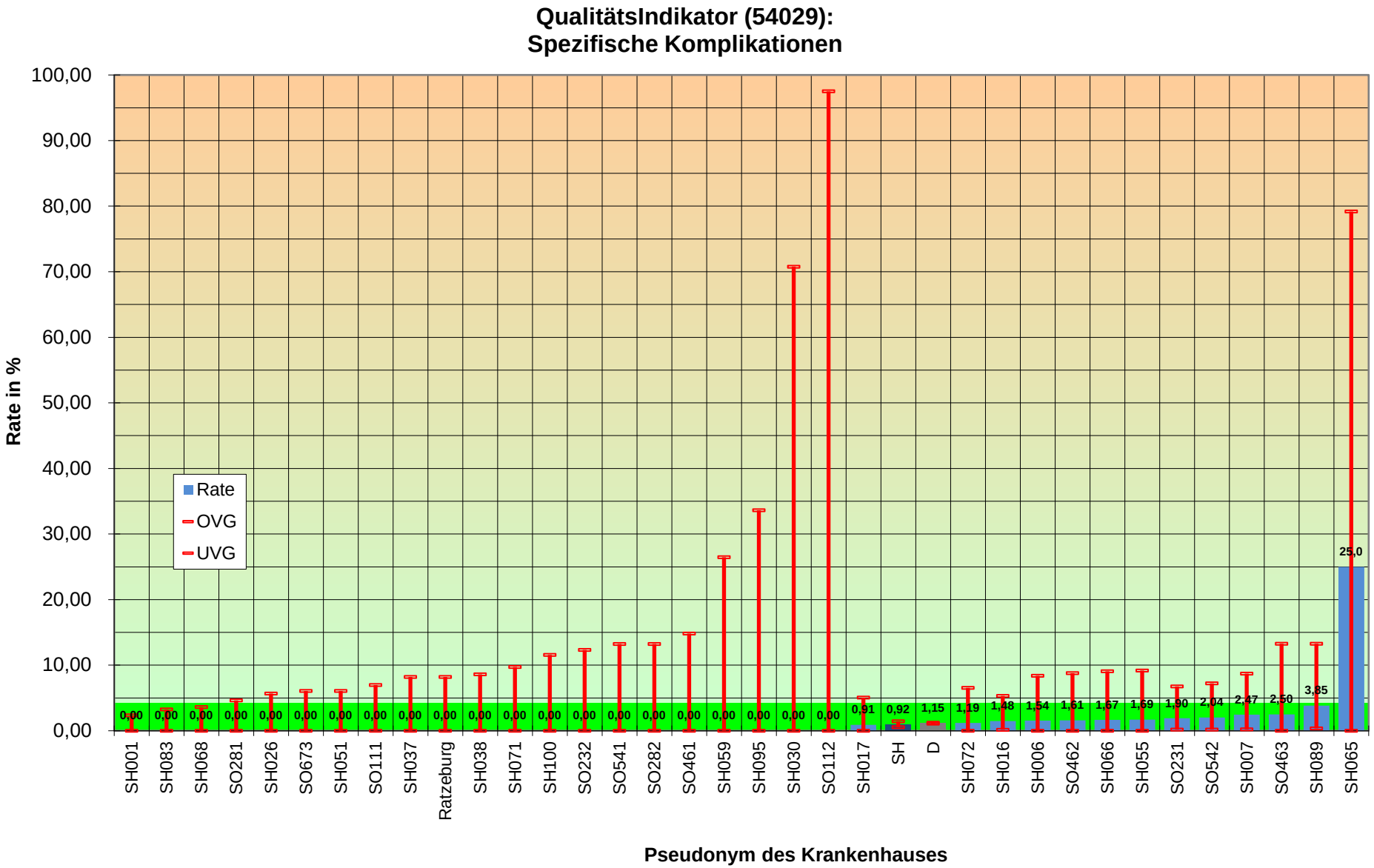



QualitätsIndikator (54050):
Sturzprophylaxe
Rate in %
100,00
90,00
80,00
70,00
60,00
50,00
40,00
30,00
20,00
10,00
0,00
Rate
OVG
UVG
100,0
98,8
98,7
98,6
98,5
98,1
97,8
97,6
95,2
94,6
94,0
92,6
91,7
91,0
90,3
89,5
87,0
77,6
23,8
SH017
SO542
SH026
SH066
SO673
SO462
SH006
SH051
SH089
SO463
Ratzeburg
SO232
SO282
SO461
SH095
SH065
SH030
SO112
SO231
SH072
SH007
SH001
SH083
SO111
SH068
SH
SH038
SH055
D
SH059
SH016
SH071
SH100
SO541
SO281
SH037
Pseudonym des Krankenhauses

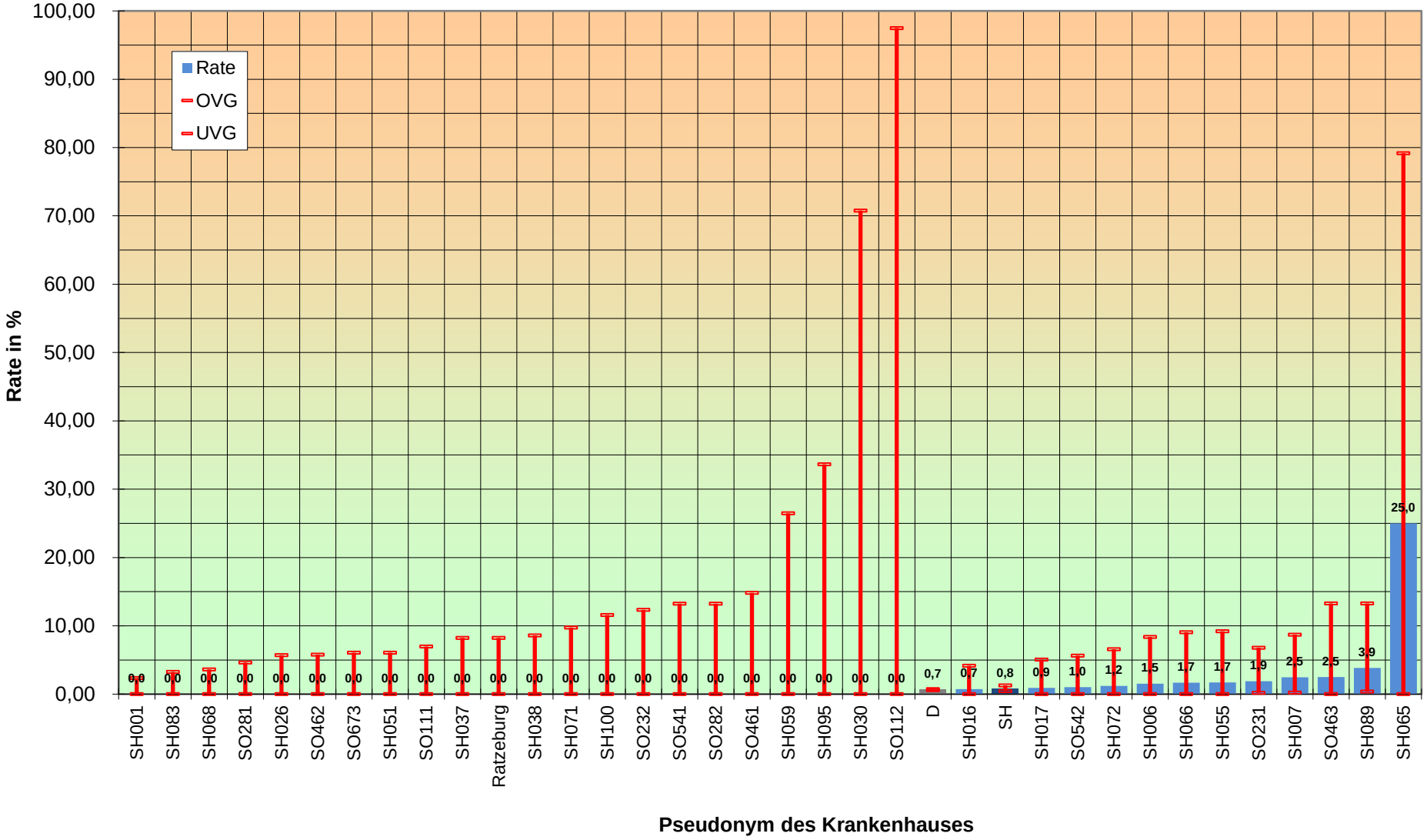

QualitätsIndikator (54032):
Gehunfähigkeit bei Entlassung
Rate in %
100,00
90,00
80,00
70,00
60,00
50,00
40,00
30,00
20,00
10,00
0,00
Rate
OVG
UVG
SO673
SO541
SO232
SH065
SH030
SO112
SH095
SO542
SH017
SH051
SO462
SO281
SH072
Ratzeburg
SO111
SO463
SO231
SH006
SH100
SH007
SO461
SH016
SH
SH066
D
SO282
SH038
SH083
SH071
SH068
SH001
SH026
SH089
SH037
SH059
SH055
6,5
16,1
17,2
17,5
18,1
18,2
20,6
27,7
31,0
32,9
34,7
37,8
42,9
44,8
60,0
61,7
Pseudonym des Krankenhauses

QualitätsIndikator (54033):
Gehunfähigkeit nach Entlasssung risikoadjustiert nach HÜFT-FRAK-Score

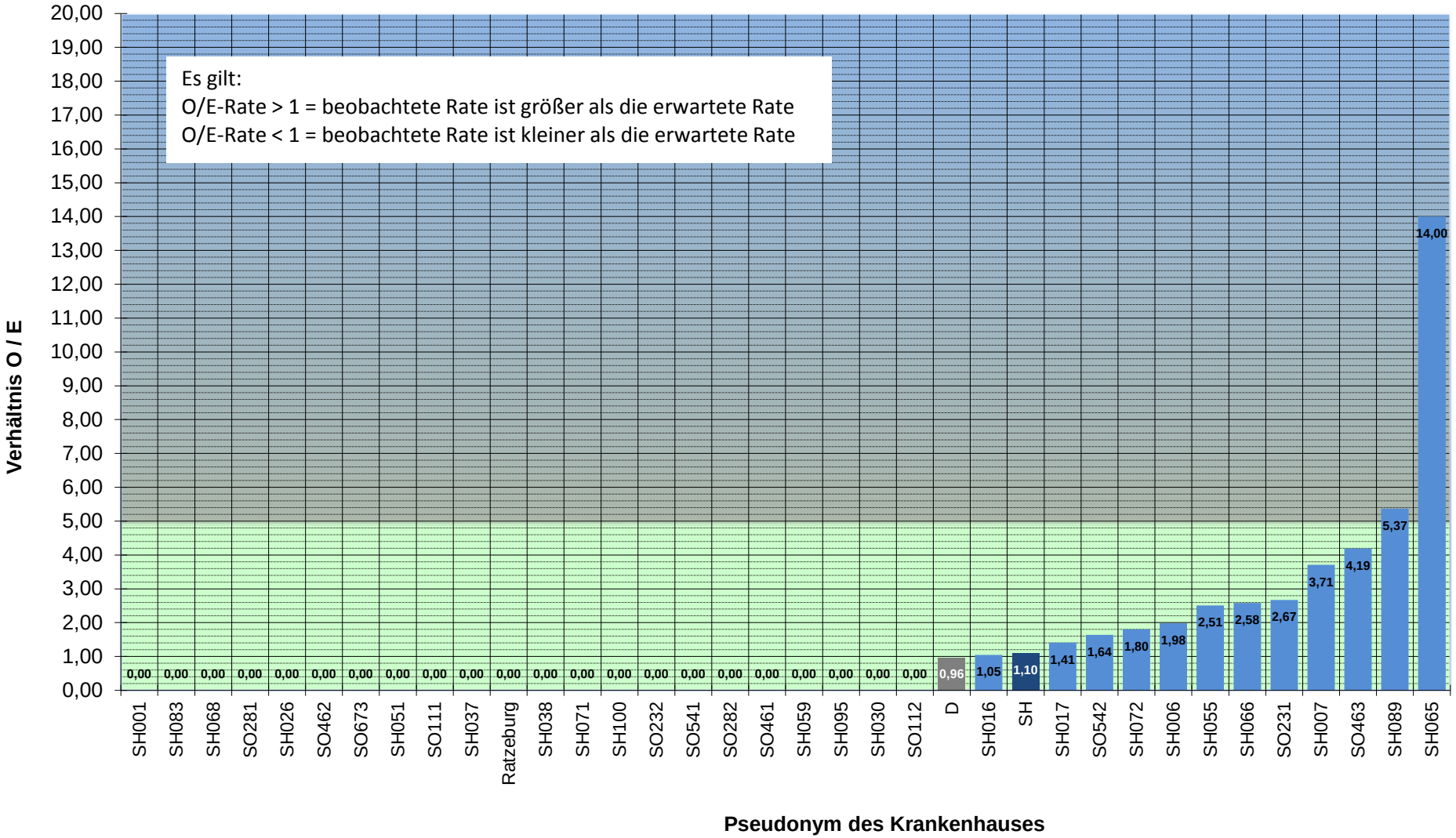



QualitätsIndikator (54029):
Spezifische Komplikationen
Rate in %
100,00
90,00
80,00
70,00
60,00
50,00
40,00
30,00
20,00
10,00
0,00
Rate
OVG
UVG
0,00
0,91
0,92
1,15
1,19
1,48
1,54
1,61
1,67
1,69
1,90
2,04
2,47
2,50
3,85
25,0
SH001
SH083
SH068
SO281
SH026
SO673
SH051
SO111
SH037
Ratzeburg
SH038
SH071
SH100
SO232
SO541
SO282
SO461
SH059
SH095
SH030
SO112
SH017
SH
D
SH072
SH016
SH006
SO462
SH066
SH055
SO231
SO542
SH007
SO463
SH089
SH065
Pseudonym des Krankenhauses

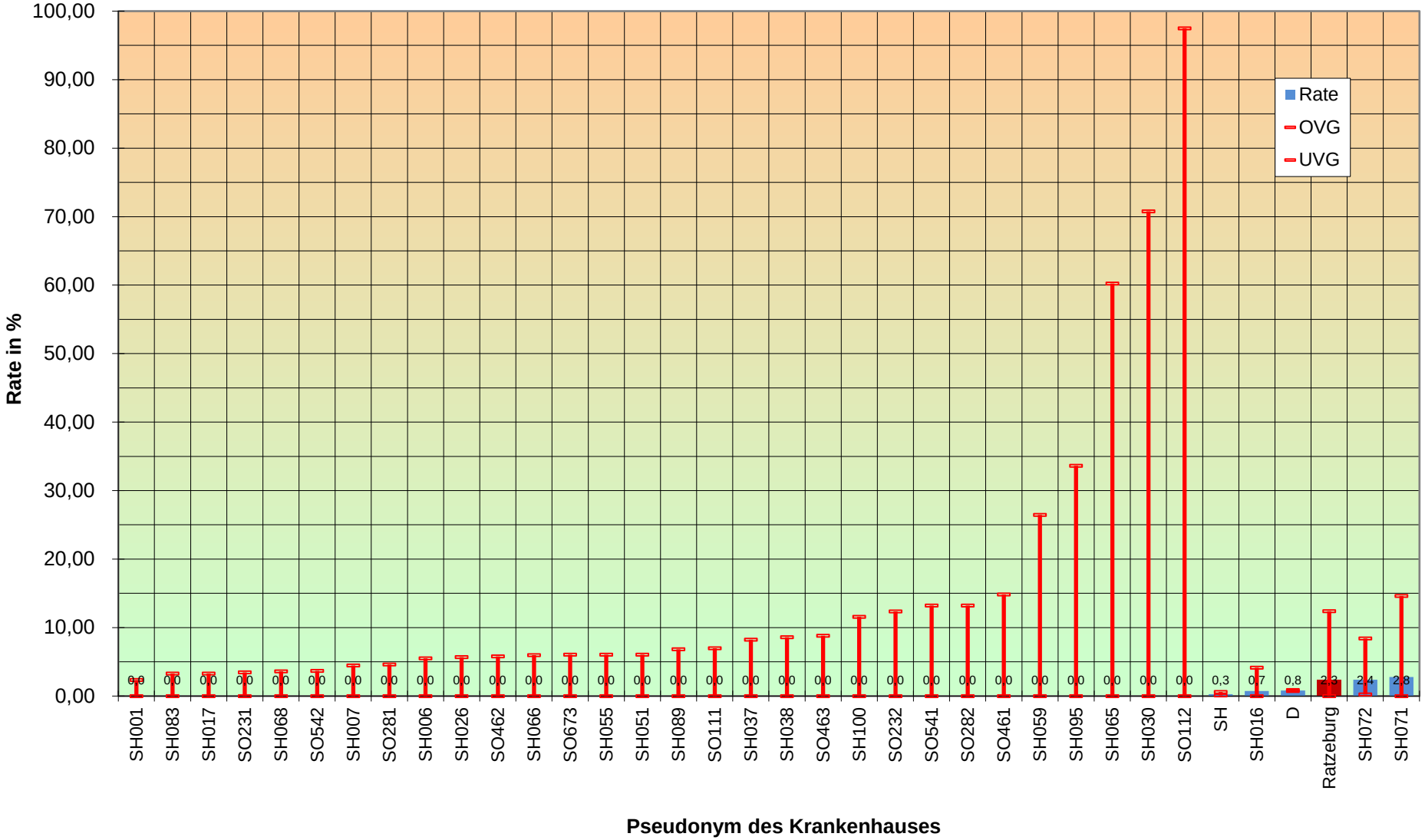
QualitätsIndikator (54035): Implantatfehllage, Implantatdislokation oder Fraktur



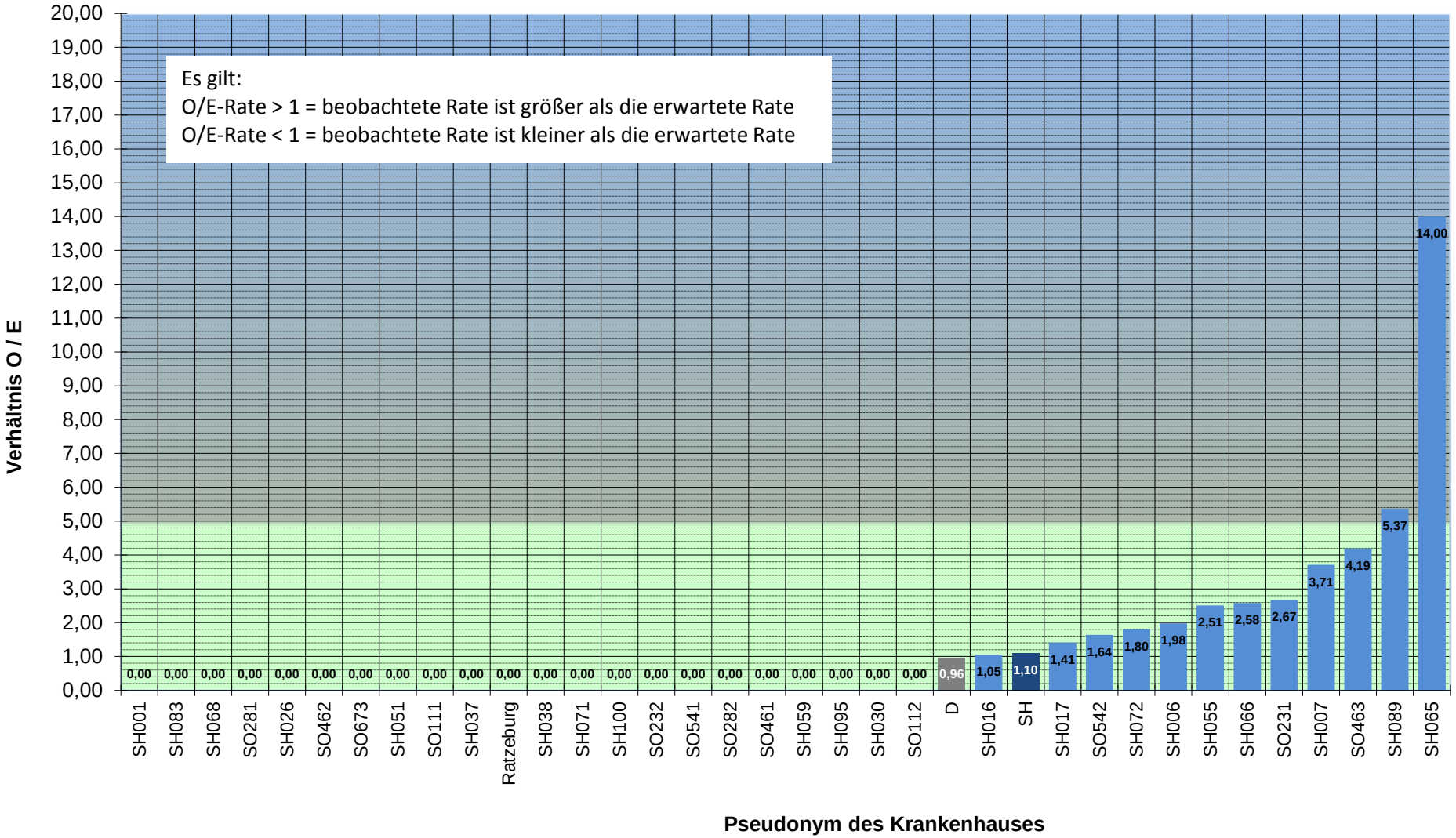
QualitätsIndikator (54036):
Implantatfehllage, Implantatdislokation oder Fraktur risikoadjustiert nach HÜFT-FRAK-Score



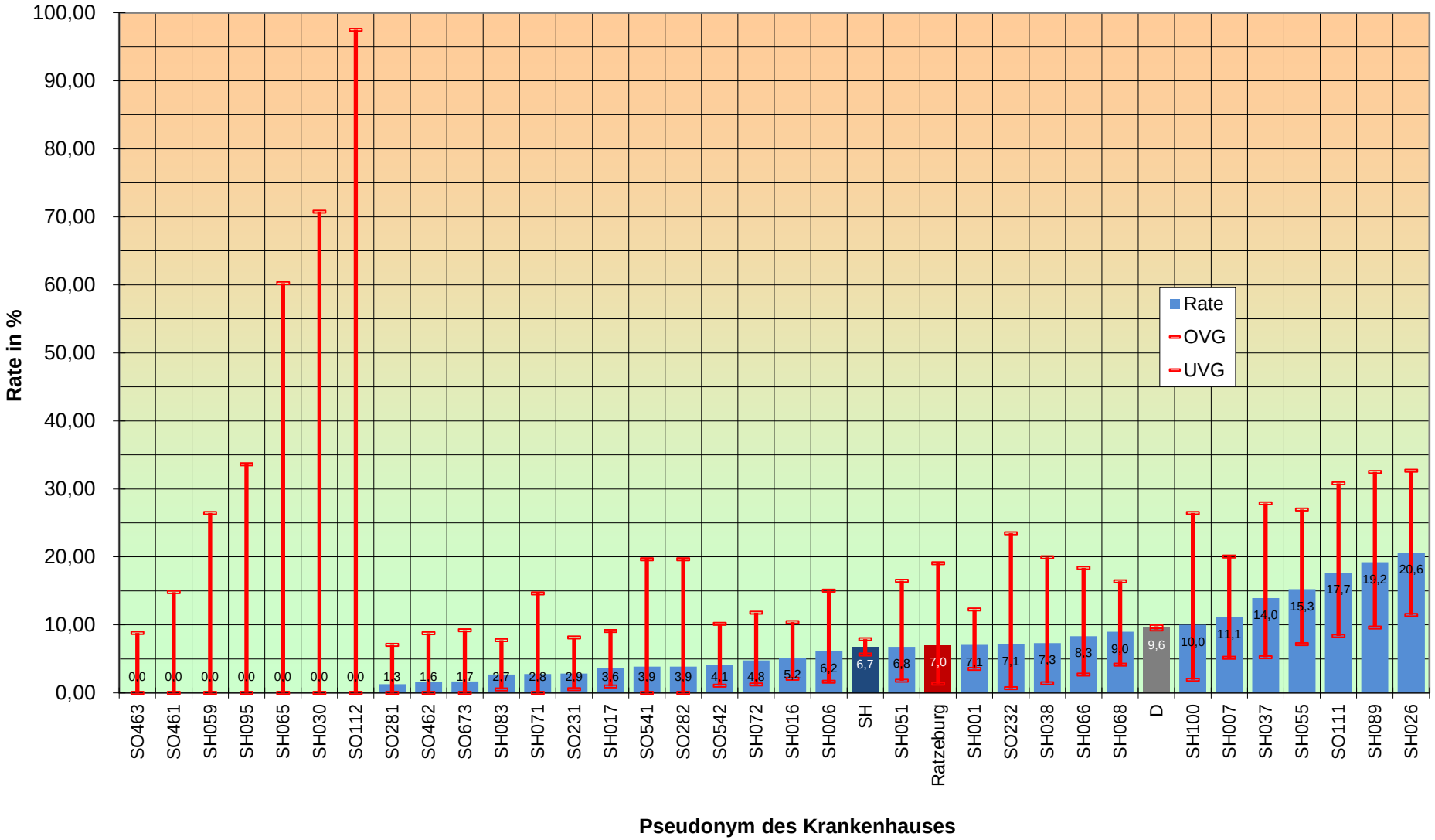
QualitätsIndikator (54039): Wundhämatome/Nachblutungen



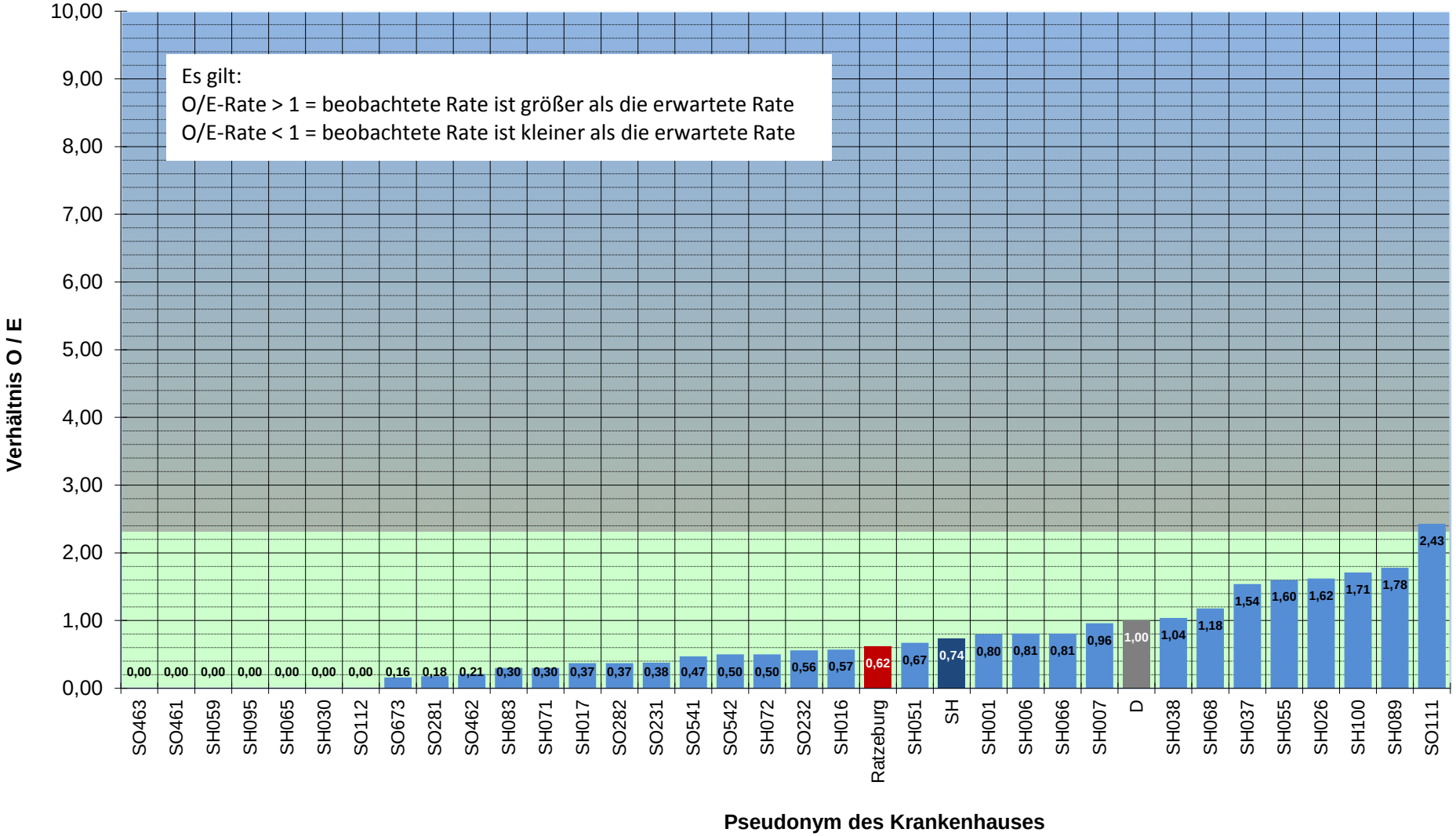
QualitätsIndikator (54040):
Wundhämatome / Nachblutungen risikoadjustiert nach HÜFT-FRAK-Score

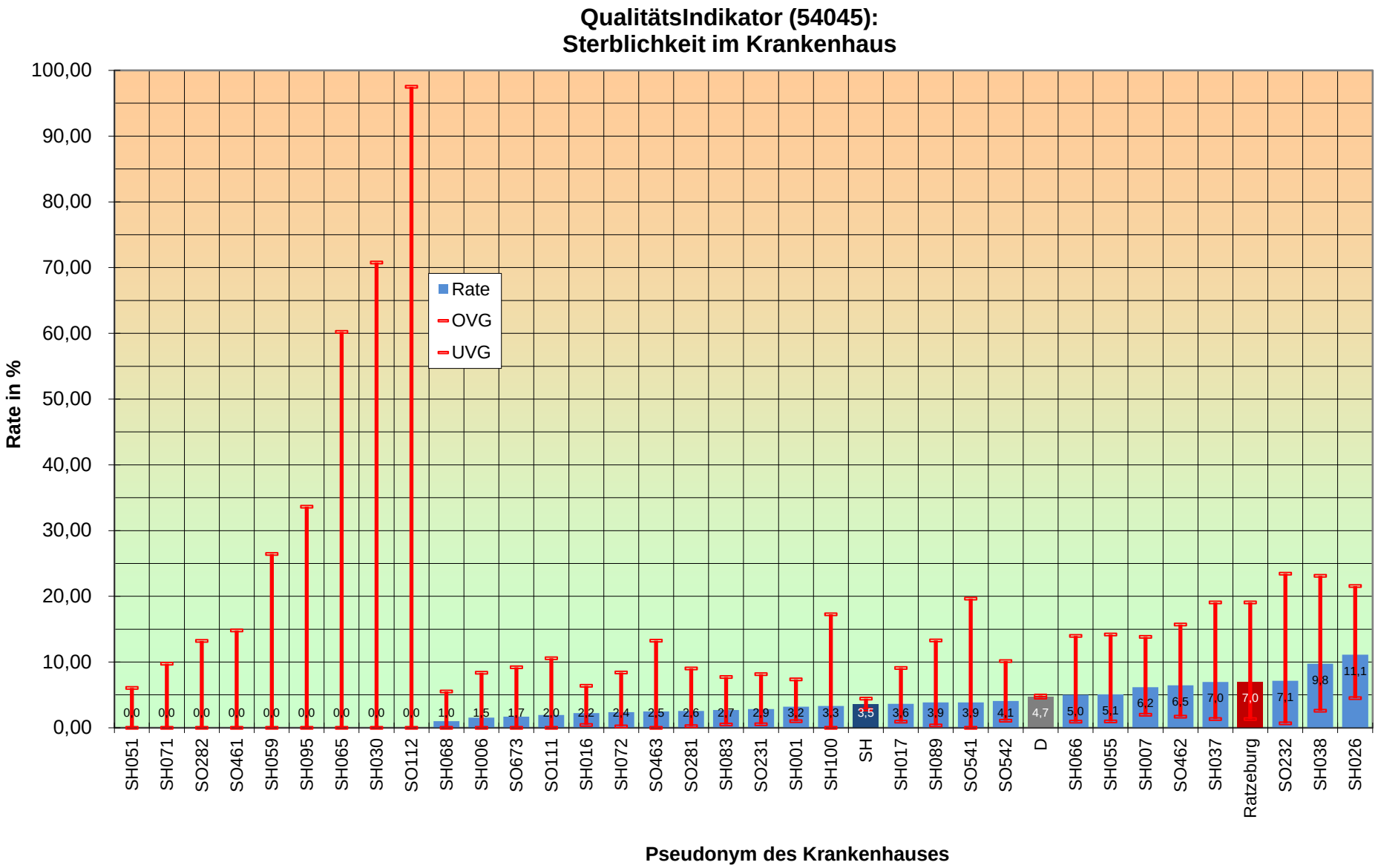


QualitätsIndikator (54041): Allgemeine postoperative Komplikationen

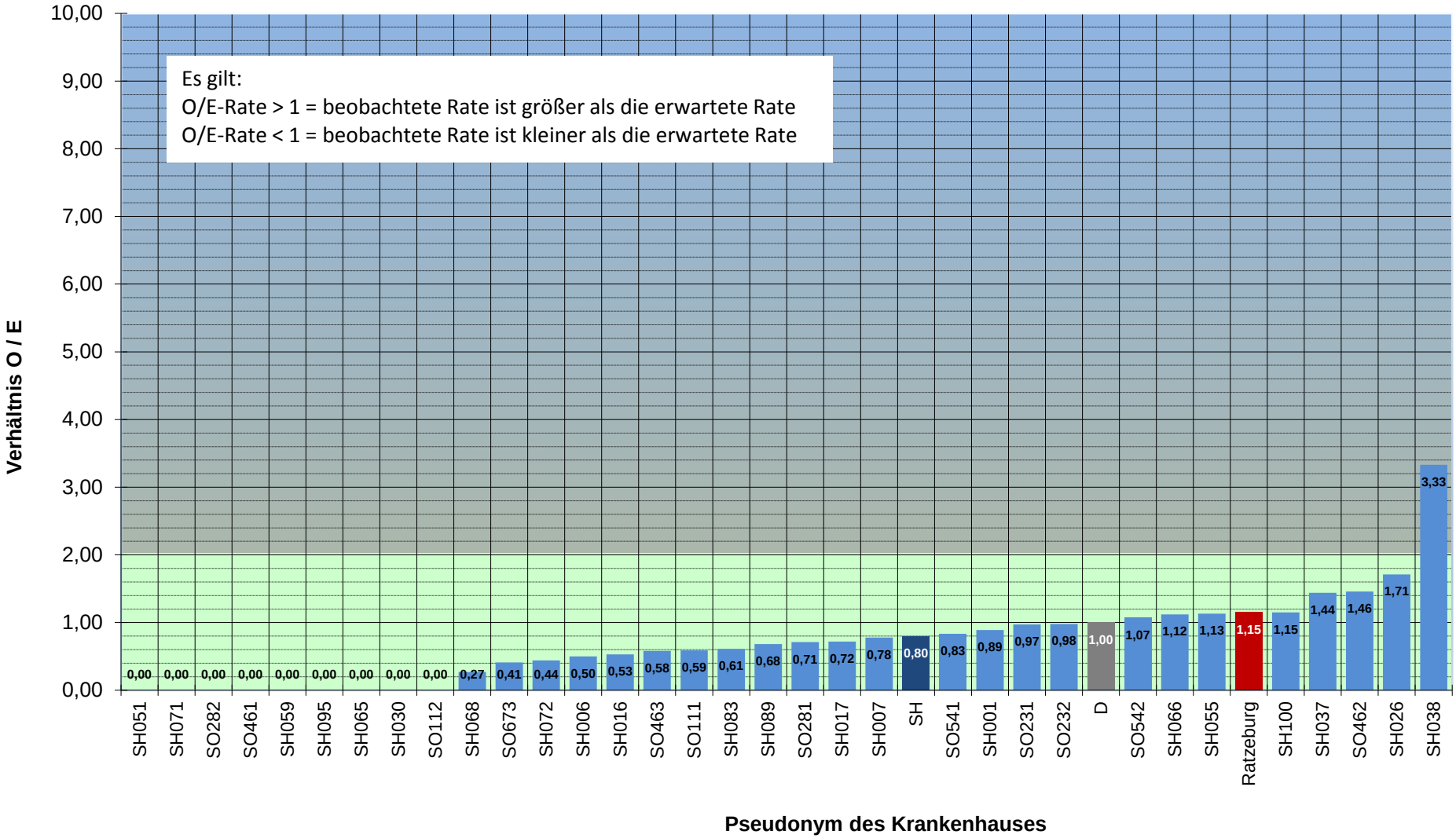


QualitätsIndikator (54042):
Allgmeine postoperative Komplikationen risikoadjustiert nach HÜFT-FRAK-Score




QualitätsIndikator (54045):
Sterblichkeit im Krankenhaus
Rate in %
100,00
90,00
80,00
70,00
60,00
50,00
40,00
30,00
20,00
10,00
0,00
Rate
OVG
UVG
0,0 0,0 0,0 0,0 0,0 0,0 0,0 0,0 0,0 1,0 1,5 1,7 2,0 2,2 2,4 2,5 2,6 2,7 2,9 3,2 3,3 3,5 3,6 3,9 3,9 4,1 4,7 5,0 5,1 6,2 6,5 7,0 7,0 7,1 9,8 11,1
SH051 SH071 SO282 SO461 SH059 SH095 SH065 SH030 SO112 SH068 SH006 SO673 SO111 SH016 SH072 SO463 SO281 SH083 SO231 SH001 SH100 SH SH017 SH089 SO541 SO542 D SH066 SH055 SH007 SO462 SH037 Ratzeburg SO232 SH038 SH026
Pseudonym des Krankenhauses

QualitätsIndikator (54046):
Todesfälle risikoadjustiert nach HÜFT-FRAK-Score



SPEZIAL-QUALITÄTSBERICHTERSTATTUNG DES DRK KRANKENHAUSES MÖLLN-RATZEBURG

1. QualitätsBericht

des EndoProthetikZentrums Ratzeburg

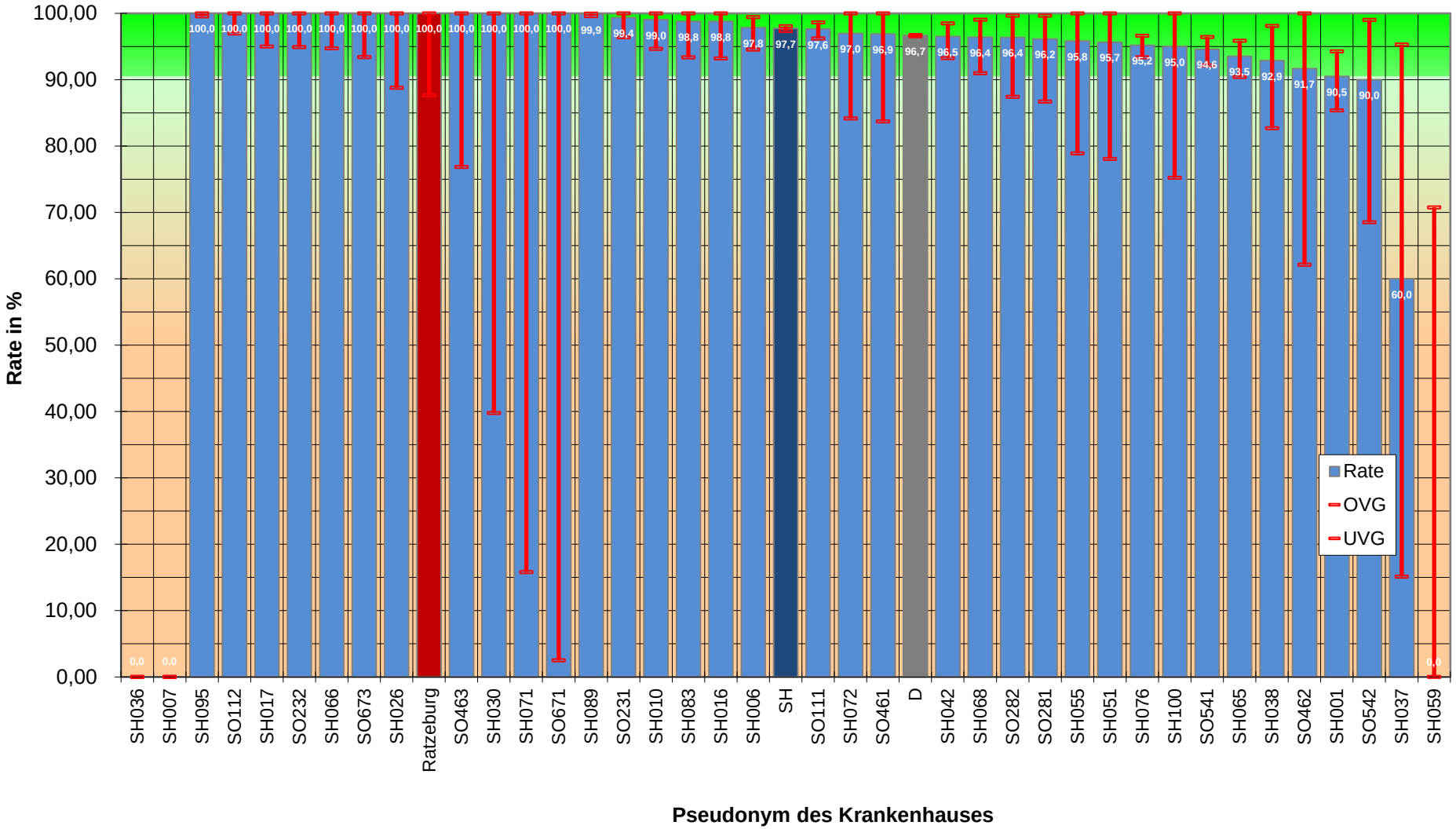
GESAMTBERICHT

ANHANG 2

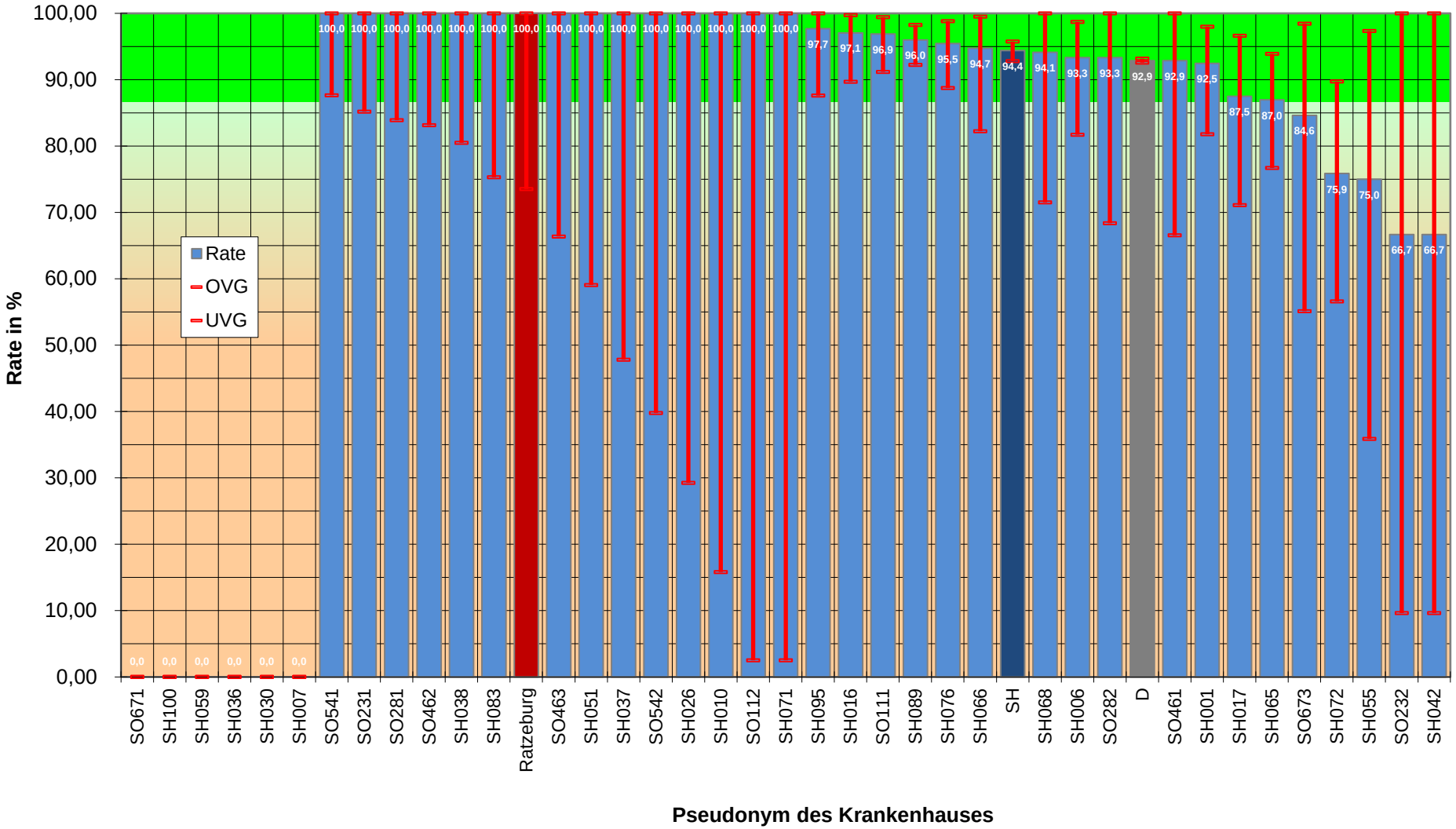
Version 1.0

September 2019

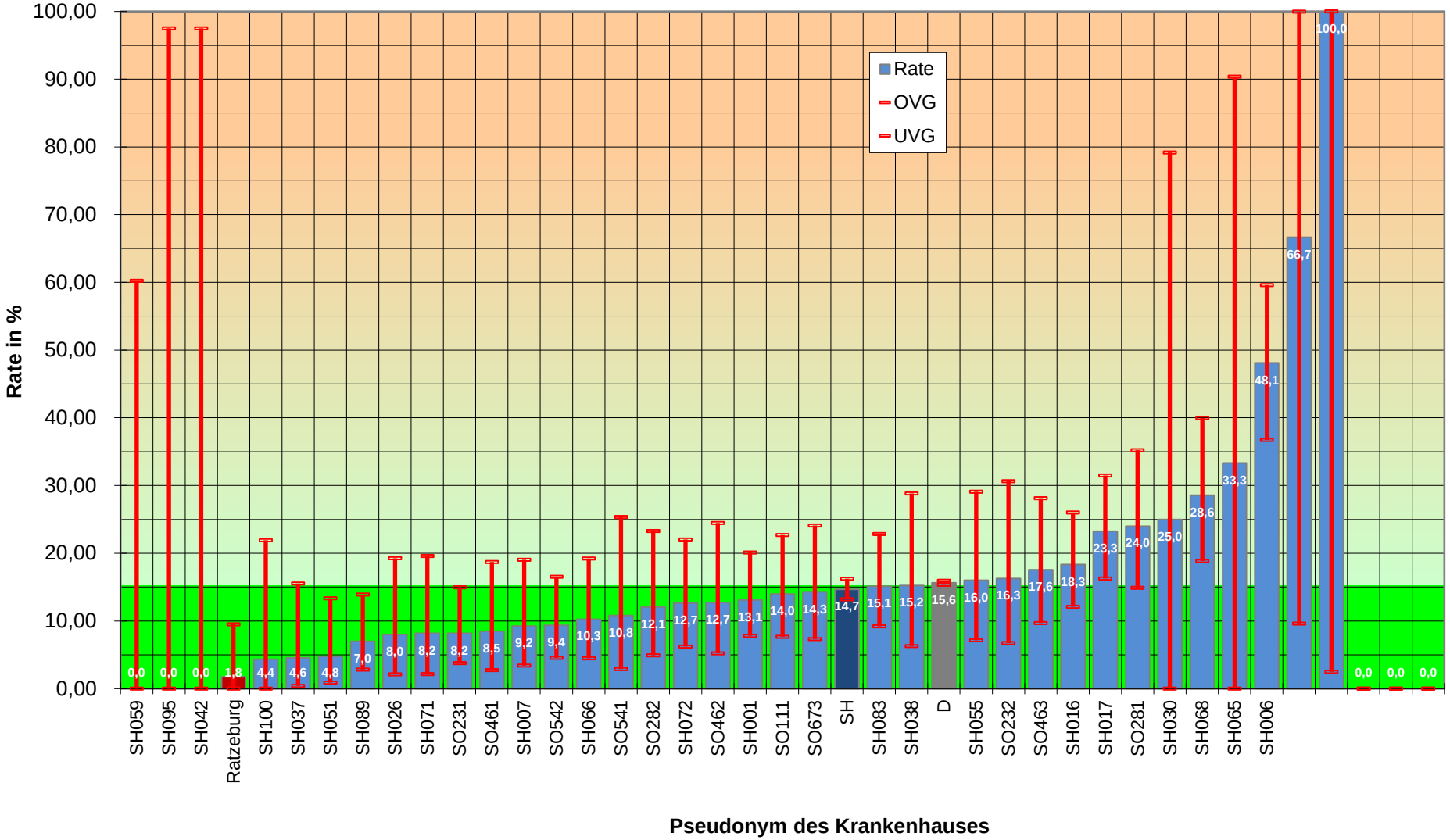
QualitätsIndikator (54001):
Indikation zur elektiven Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

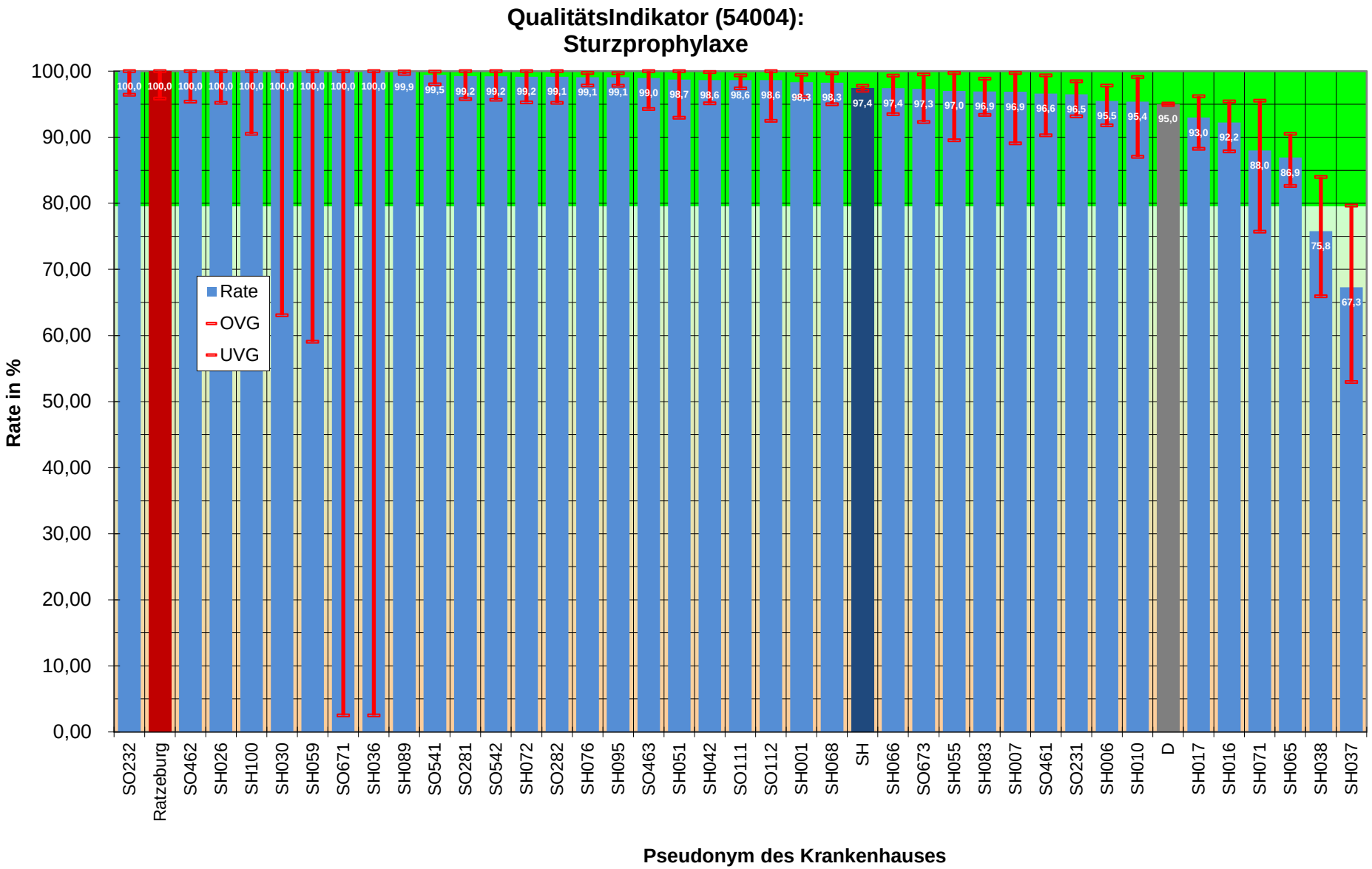


QualitätsIndikator (54002): Indikation zum Hüft-Endoprothesen-Wechsel bzw. Kompenentenwechsel

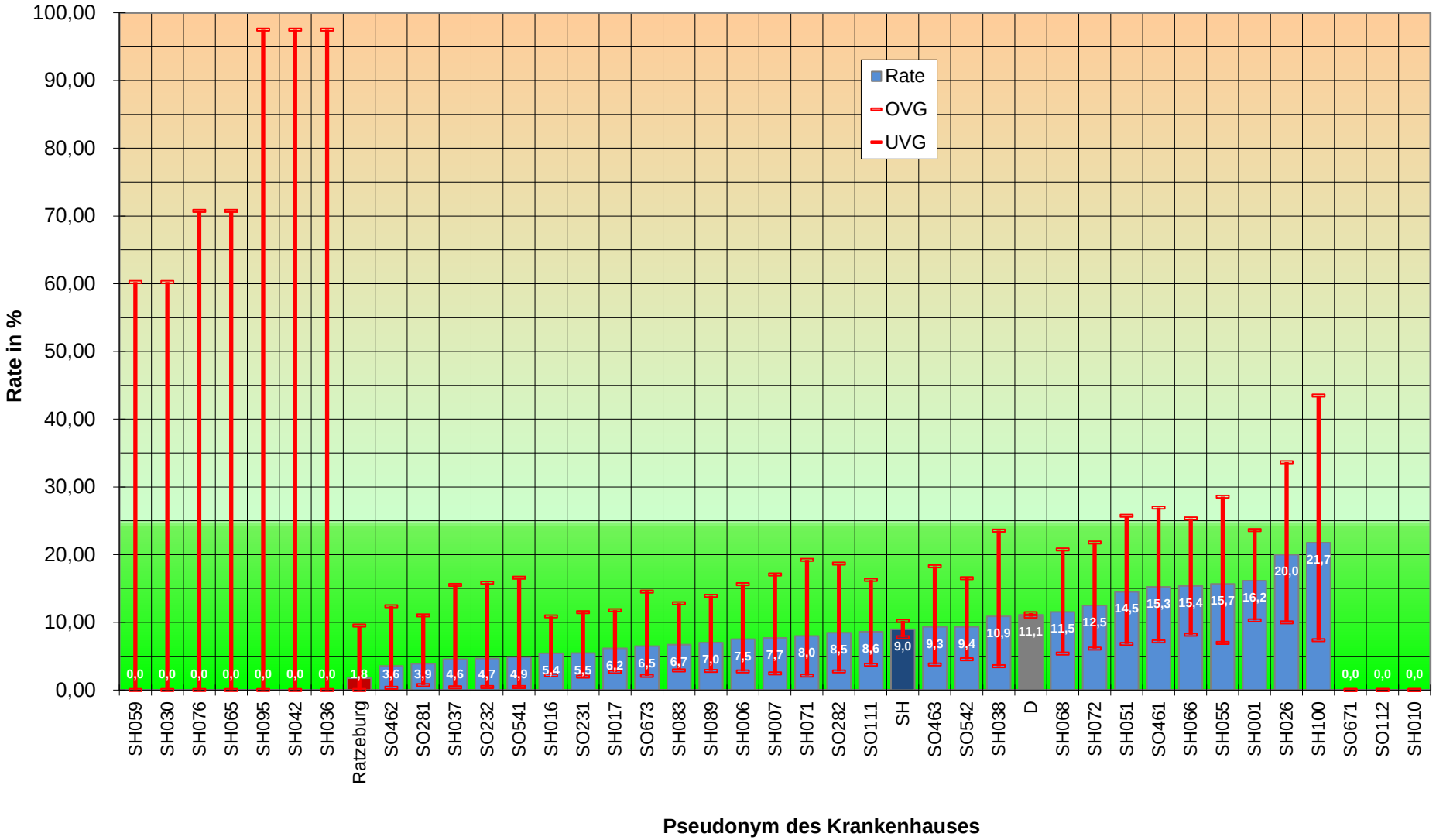


QualitätsIndikator (54003):
Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme

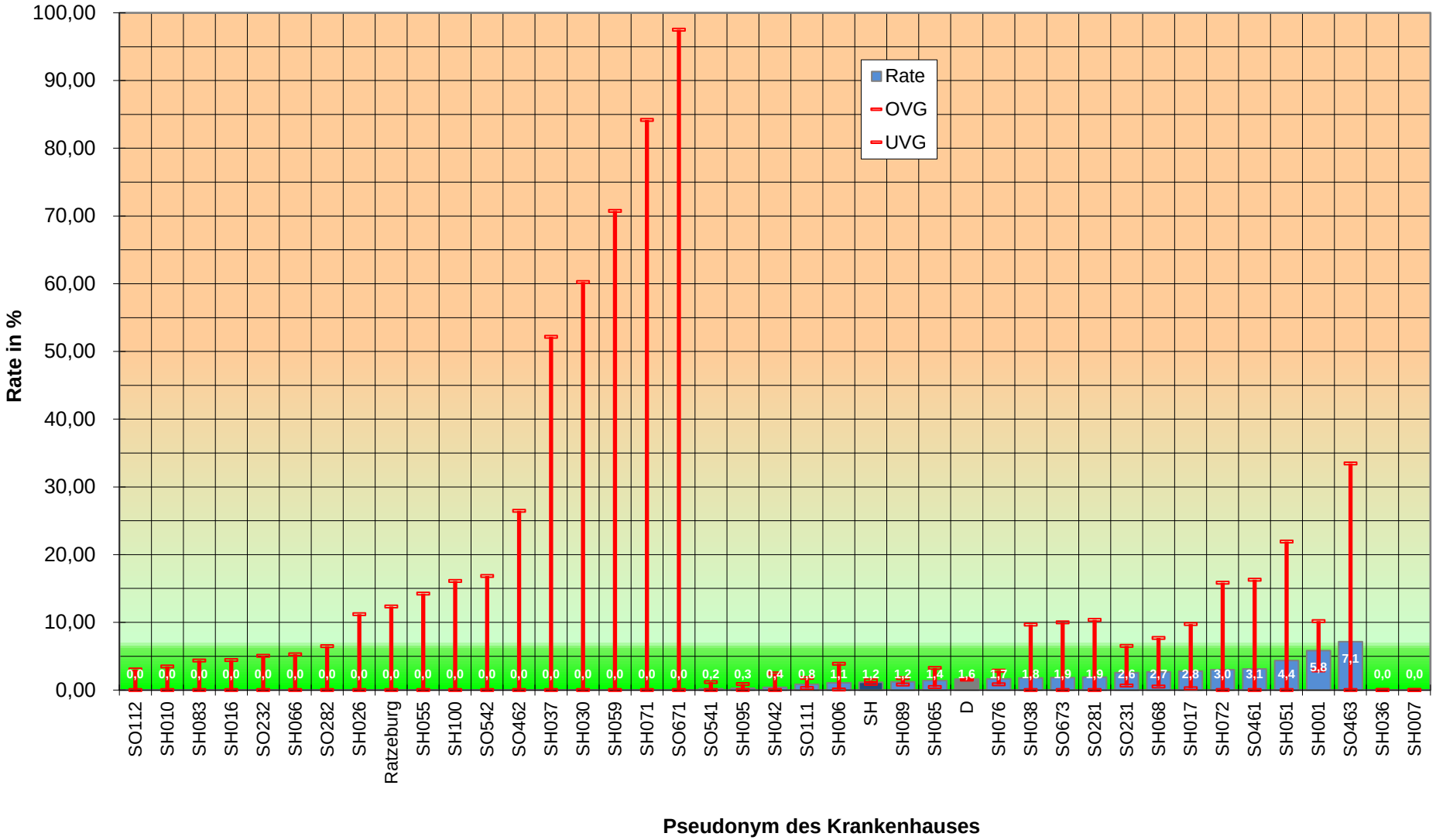



QualitätsIndikator (54004):
Sturzprophylaxe
Rate in %
100,00
90,00
80,00
70,00
60,00
50,00
40,00
30,00
20,00
10,00
0,00
Rate
OVG
UVG
100,0 100,0 100,0 100,0 100,0 100,0 100,0 100,0 100,0 99,9 99,5 99,2 99,2 99,2 99,1 99,1 99,1 99,0 98,7 98,6 98,6 98,6 98,3 98,3 97,4 97,4 97,3 97,0 96,9 96,9 96,6 96,5 95,5 95,4 95,0 93,0 92,2 88,0 86,9 75,8 67,3
SO232
Ratzeburg
SO462
SH026
SH100
SH030
SH059
SO671
SH036
SH089
SO541
SO281
SO542
SH072
SO282
SH076
SH095
SO463
SH051
SH042
SO111
SO112
SH001
SH068
SH
SH066
SO673
SH055
SH083
SH007
SO461
SO231
SH006
SH010
D
SH017
SH016
SH071
SH065
SH038
SH037
Pseudonym des Krankenhauses

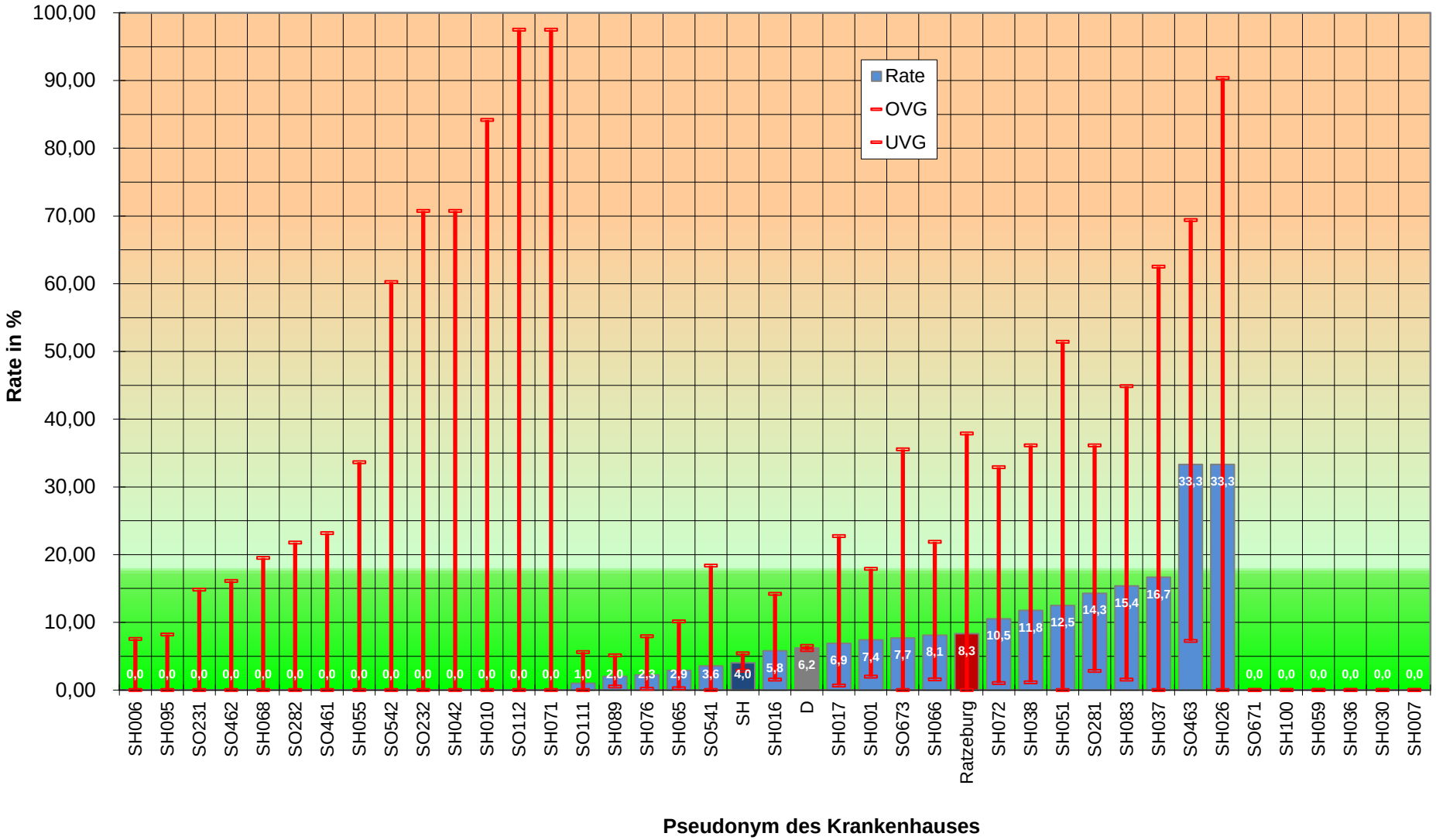
QualitätsIndikator (54015):
Allgemeine postoperative Komplikationen - hüftgelenknahe Femurfraktur



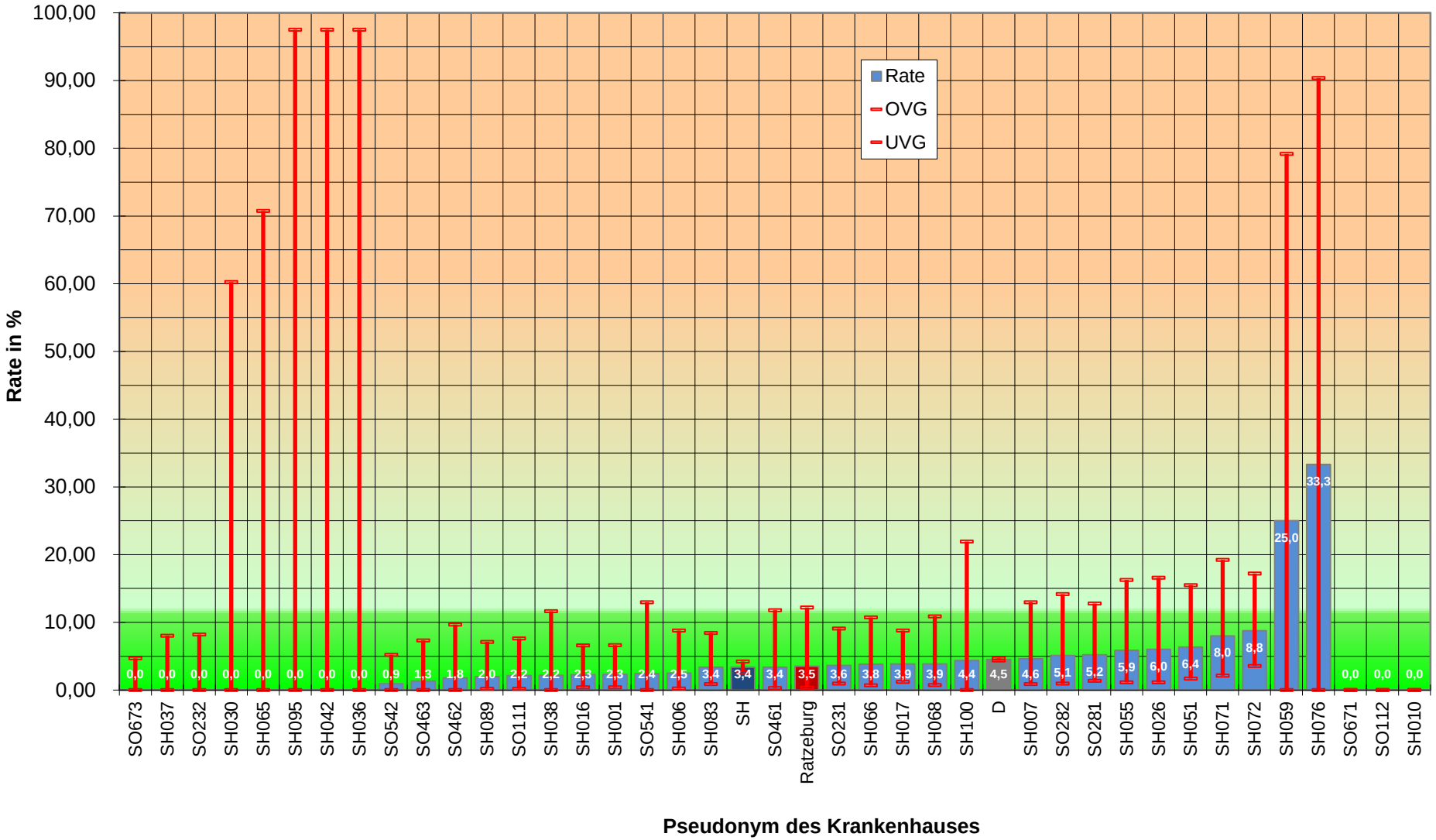
QualitätsIndikator (54016):
Allgemeine postoperative Komplikationen - elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantationfraktur



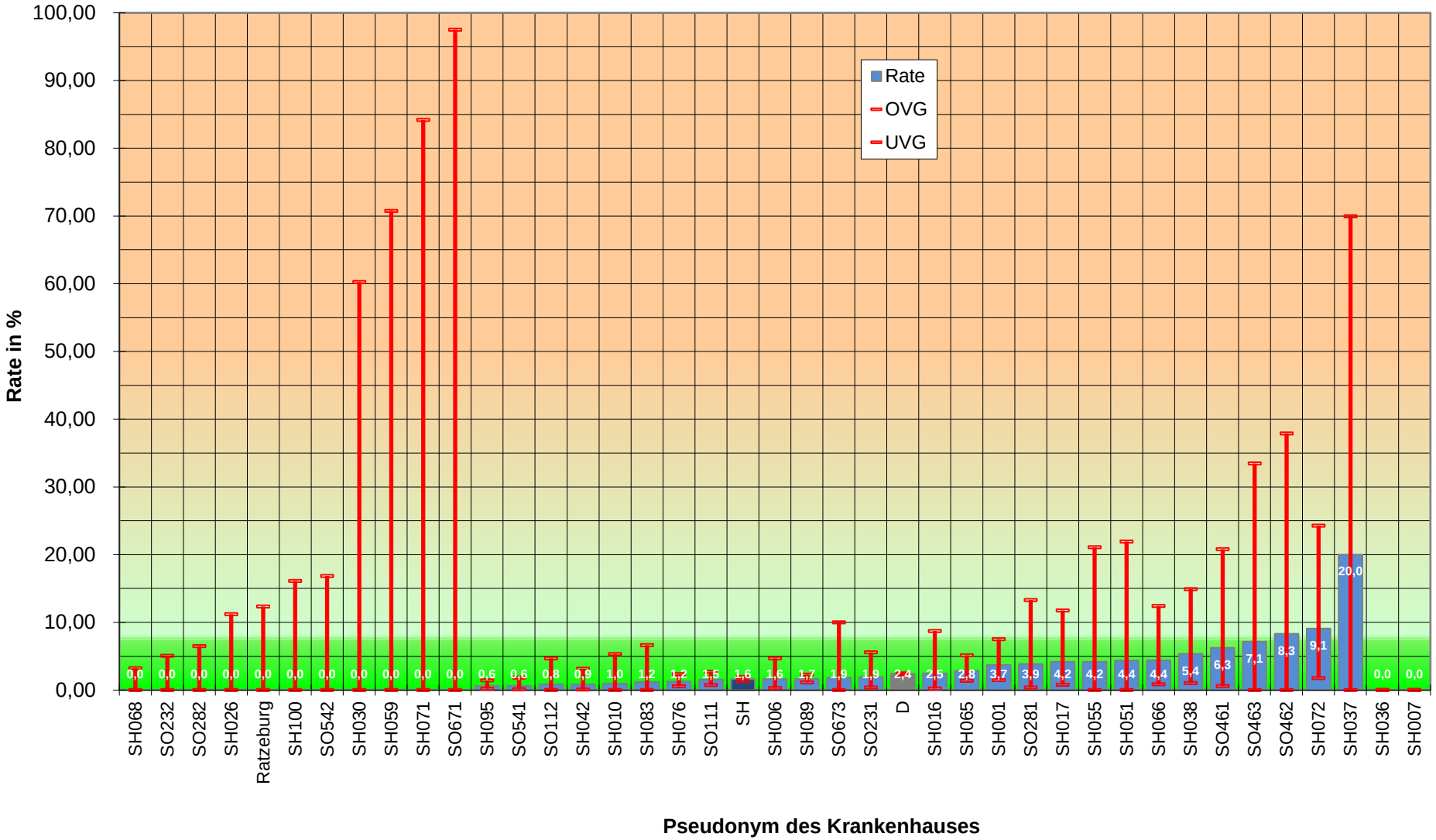
QualitätsIndikator (54017):
Allgemeine postoperative Komplikationen - Reimplantation



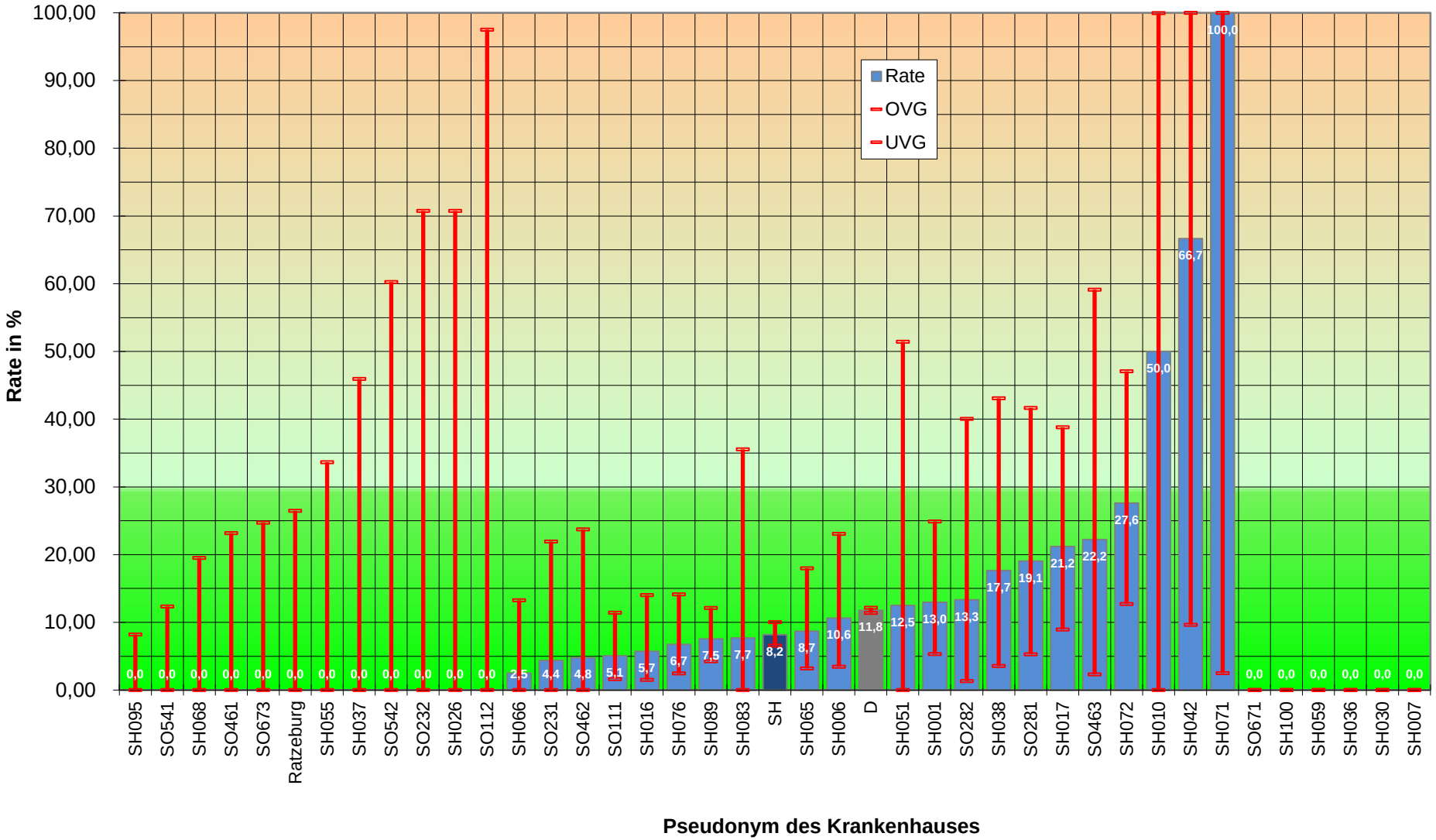
QualitätsIndikator (54018):
Spezifische intra-/postoperative Komplikationen - hüftgelenknahe Femurfraktur



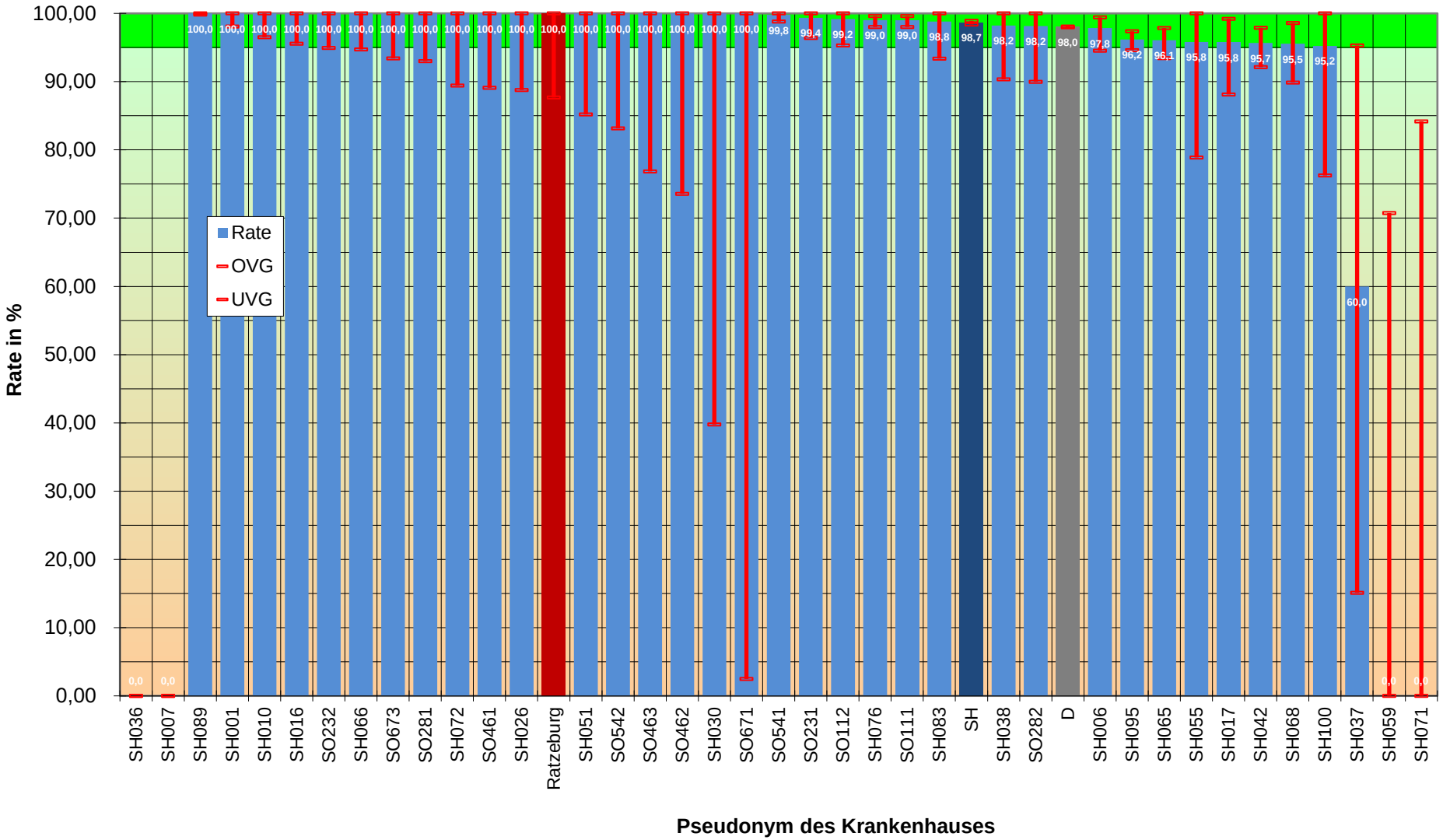
QualitätsIndikator (54019):
Spezifische intra-/postoperative Komplikationen - elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation



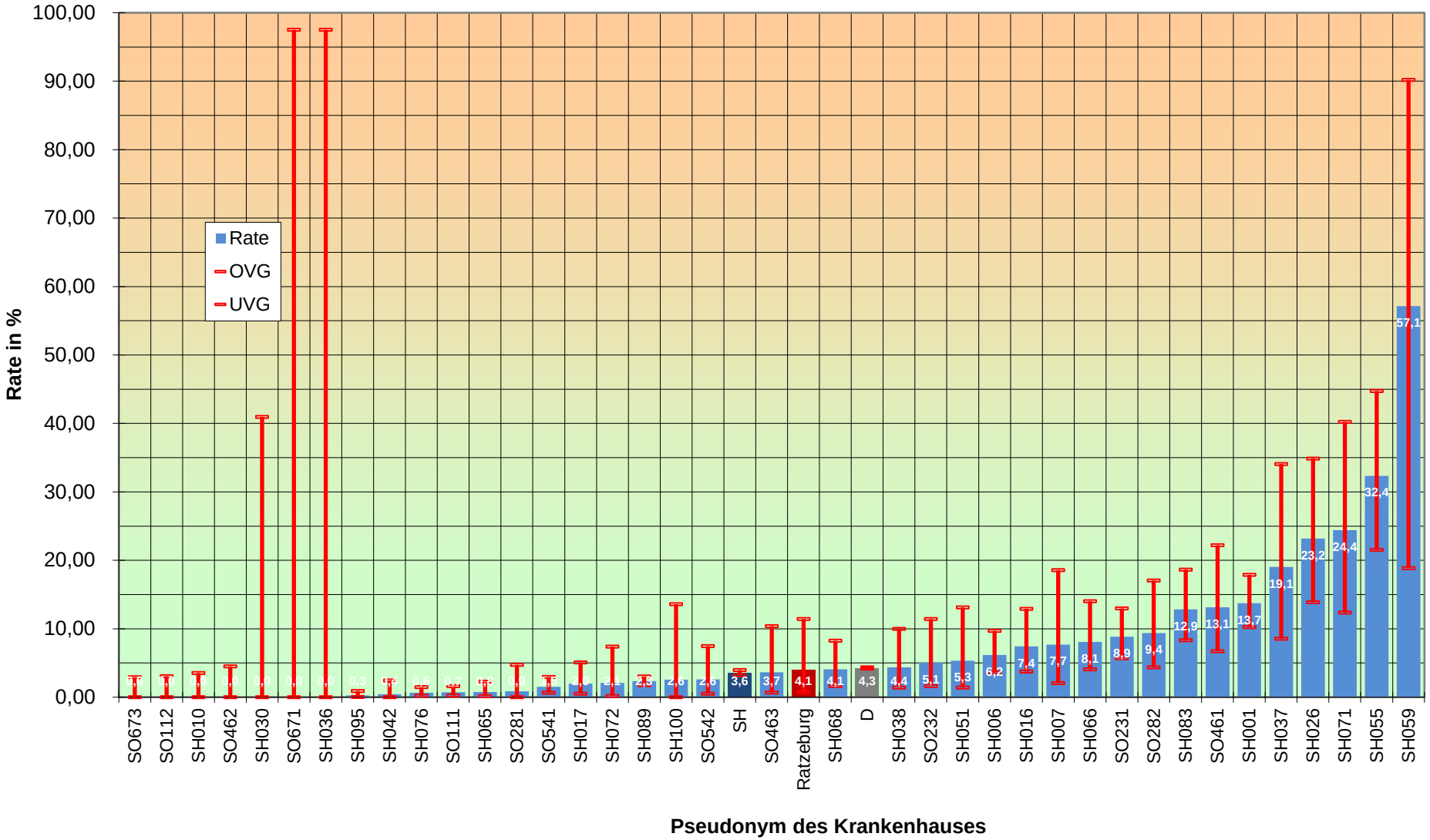
QualitätsIndikator (54020): Spezifische intra-/postoperative Komplikationen - Reimplantation



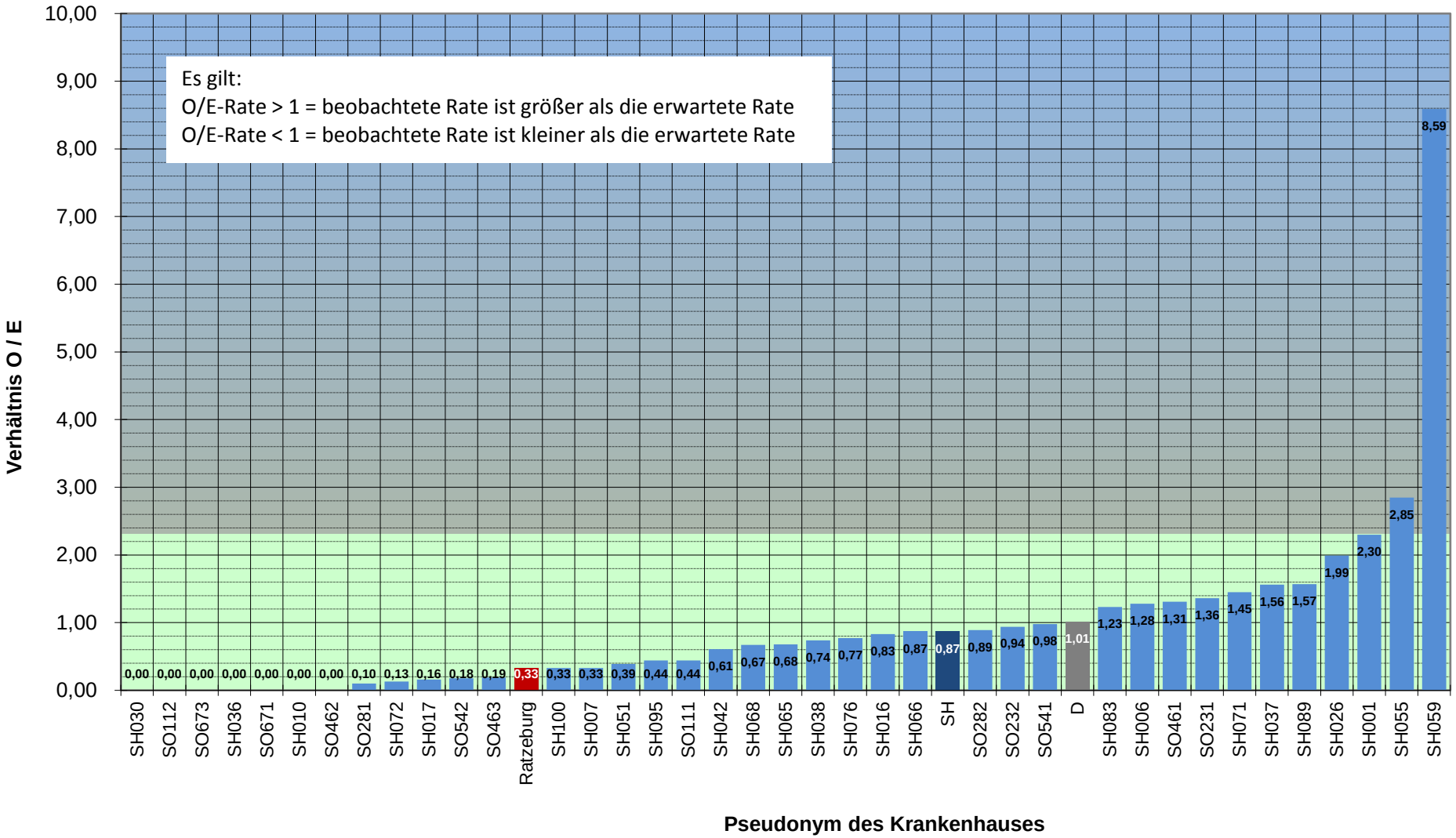
QualitätsIndikator (54010): Beweglichkeit bei Entlassung



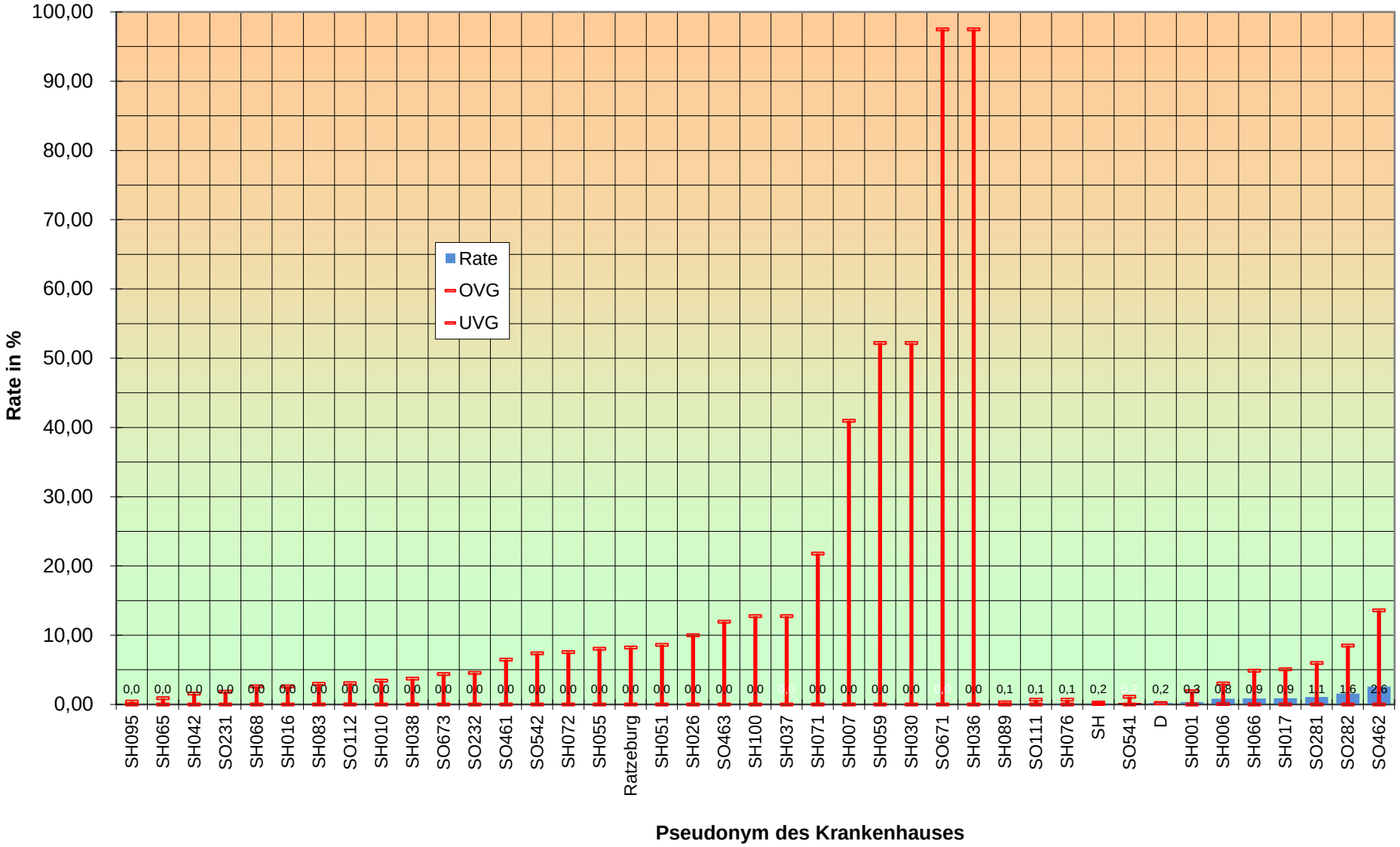
QualitätsIndikator (54011): Gehunfähigkeit bei Entlassung



QualitätsIndikator 54012: Gehunfähigkeit nach Entlasssung risikoadjustiert nach HEP-Score



QualitätsIndikator 54045: Sterblichkeit im Krankenhaus



SPEZIAL-QUALITÄTSBERICHTERSTATTUNG DES DRK KRANKENHAUSES MÖLLN-RATZEBURG

1. QualitätsBericht

des EndoProthetikZentrums Ratzeburg

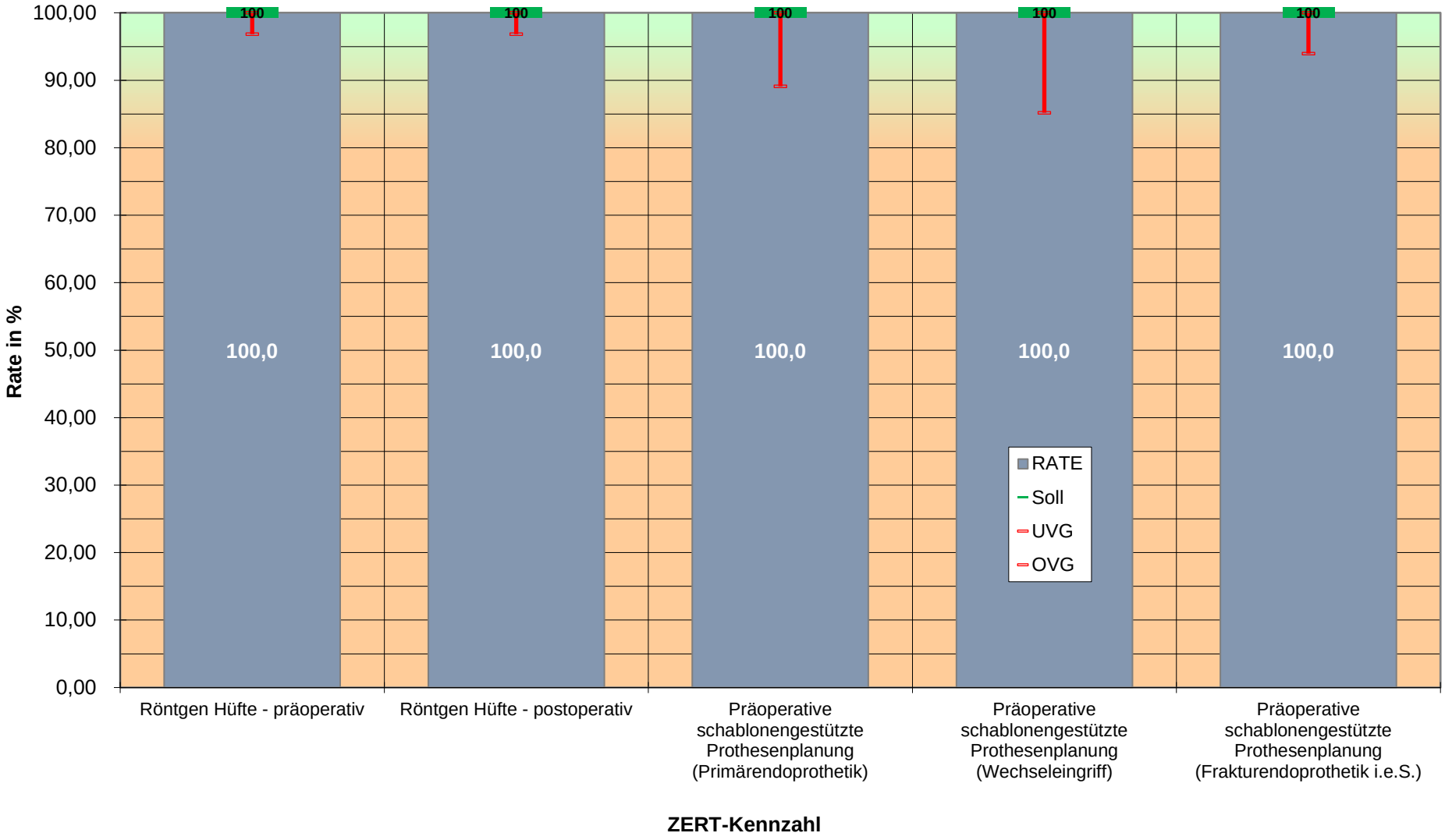
GESAMTBERICHT

ANHANG 3

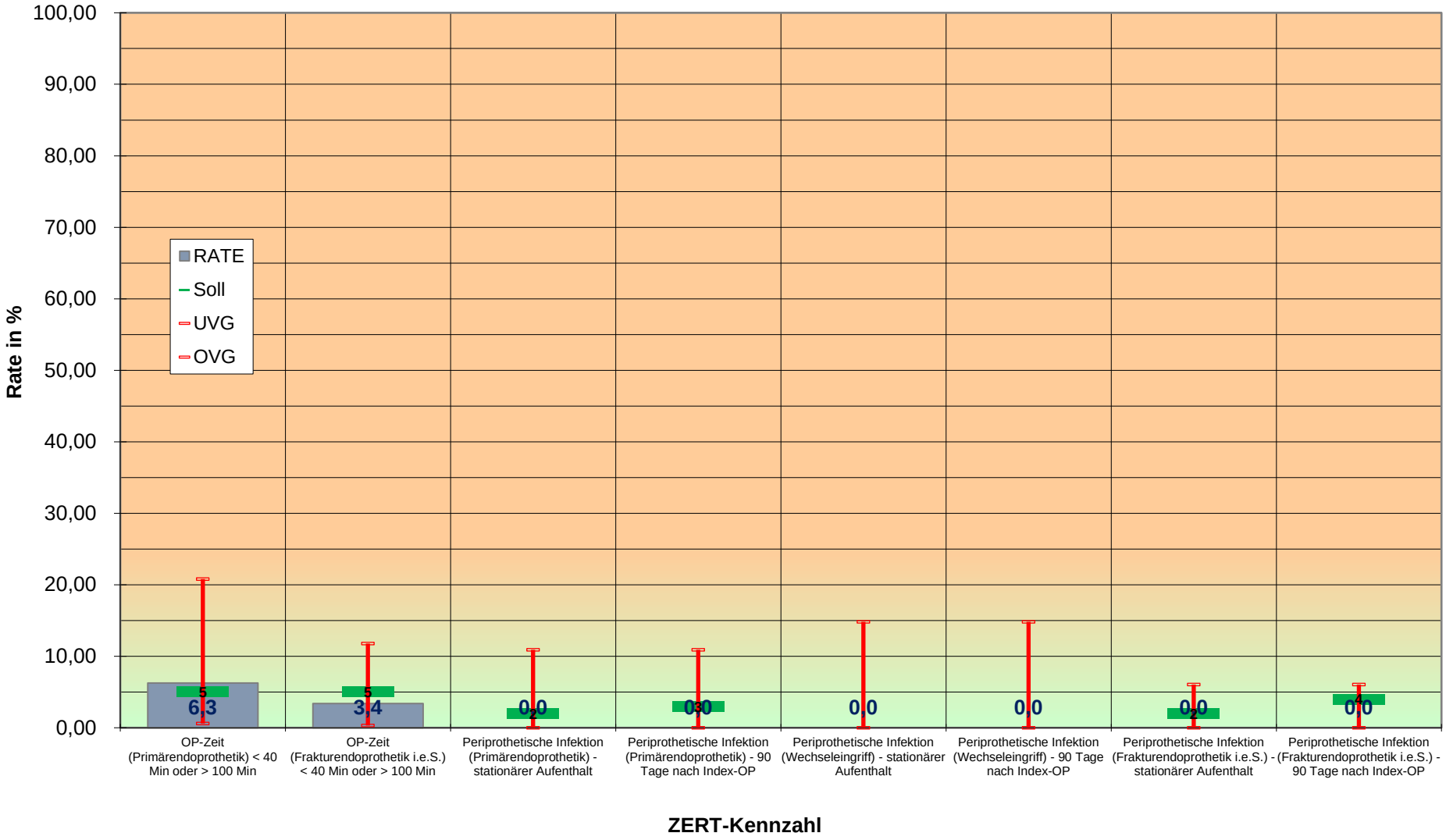
Version 1.0

September 2019

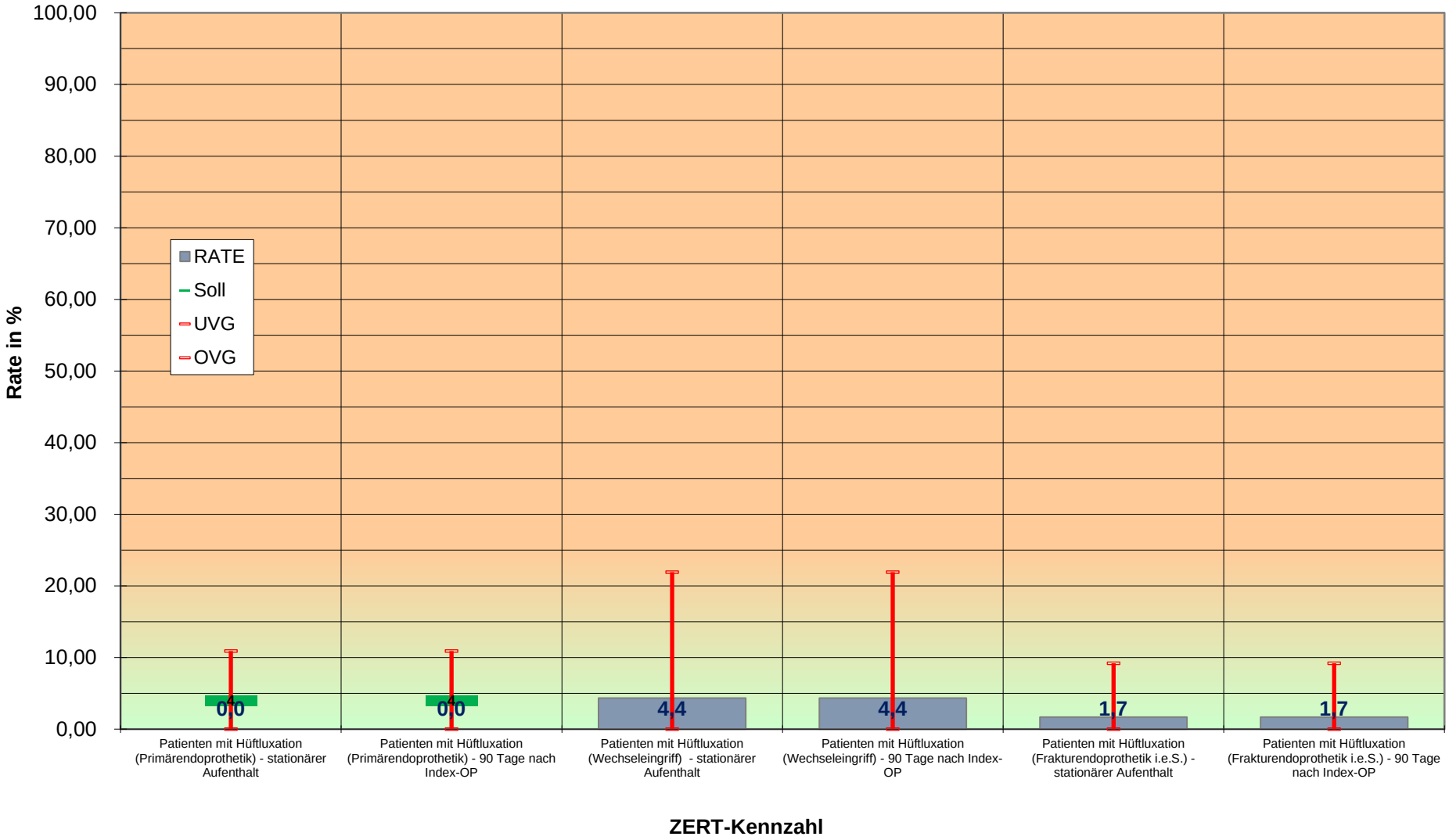
ZERT-Kennzahlen Hüfte für Endoprothetikzentren
Ergebnisse des EPZ RZ für das Verfahrensjahres 2017: TEIL A



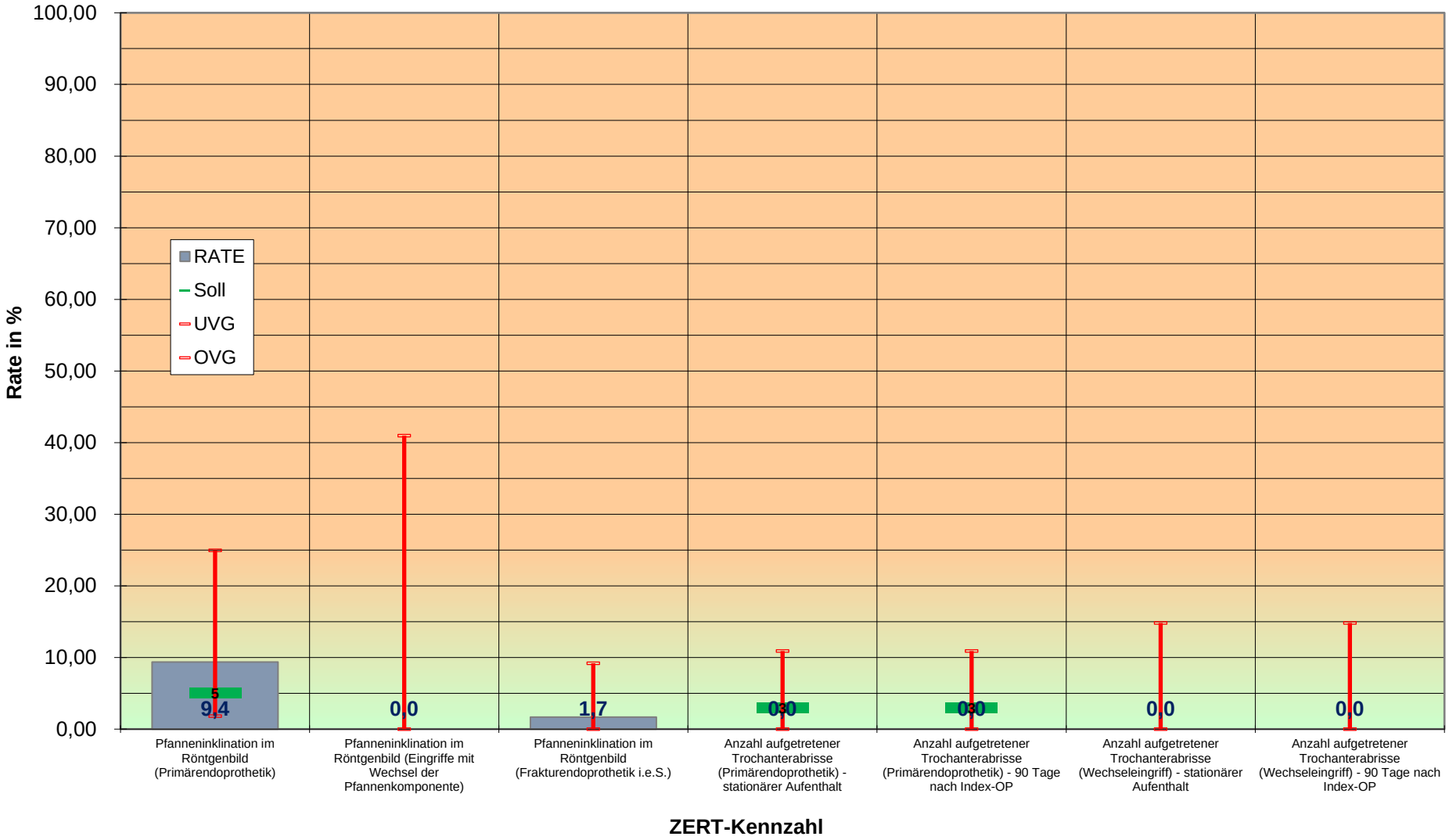
ZERT-Kennzahlen Hüfte für Endoprothetikzentren
Ergebnisse des EPZ RZ für das Verfahrensjahres 2017: TEIL B



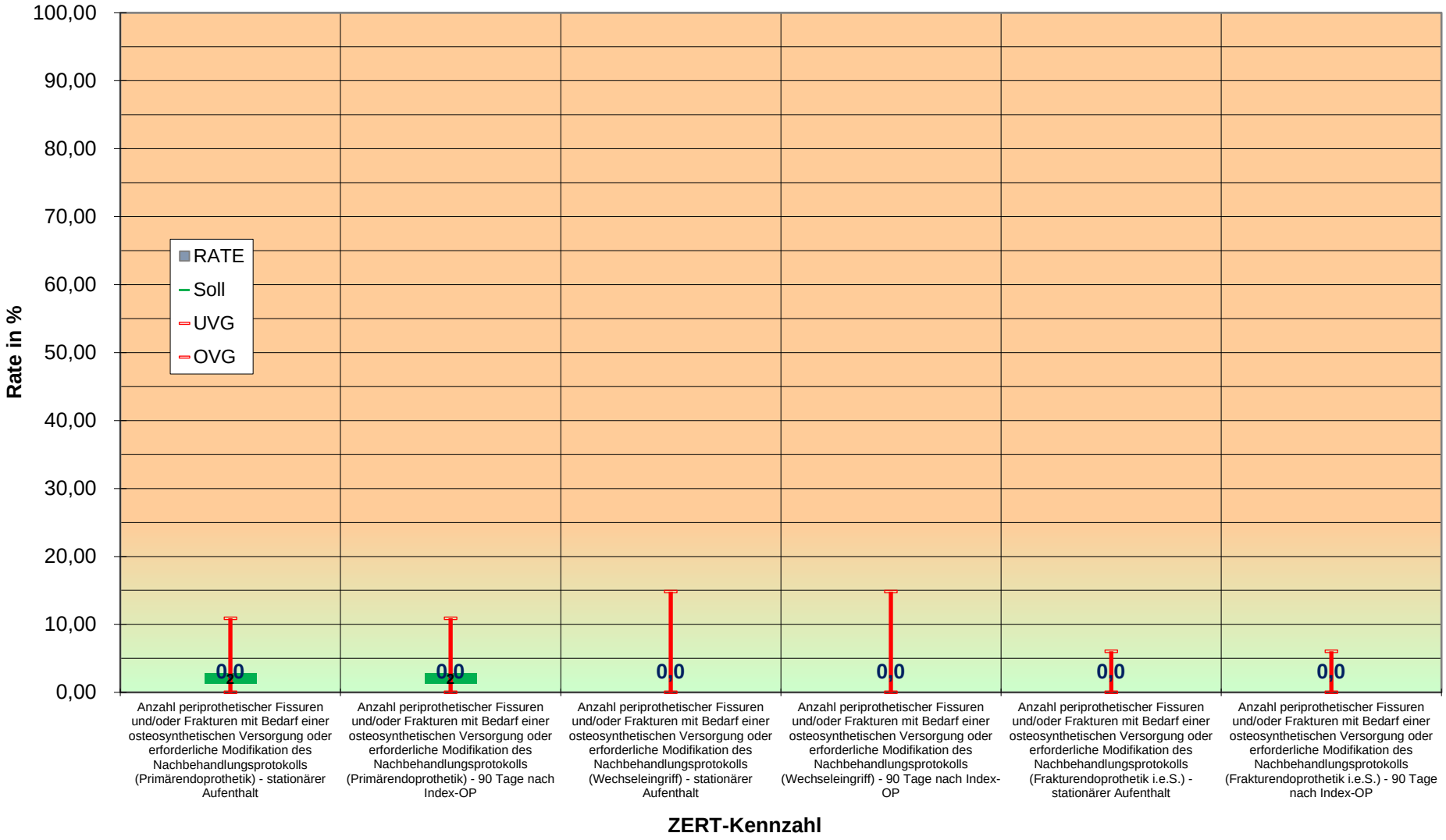
ZERT-Kennzahlen Hüfte für Endoprothetikzentren
Ergebnisse des EPZ RZ für das Verfahrensjahres 2017: TEIL C



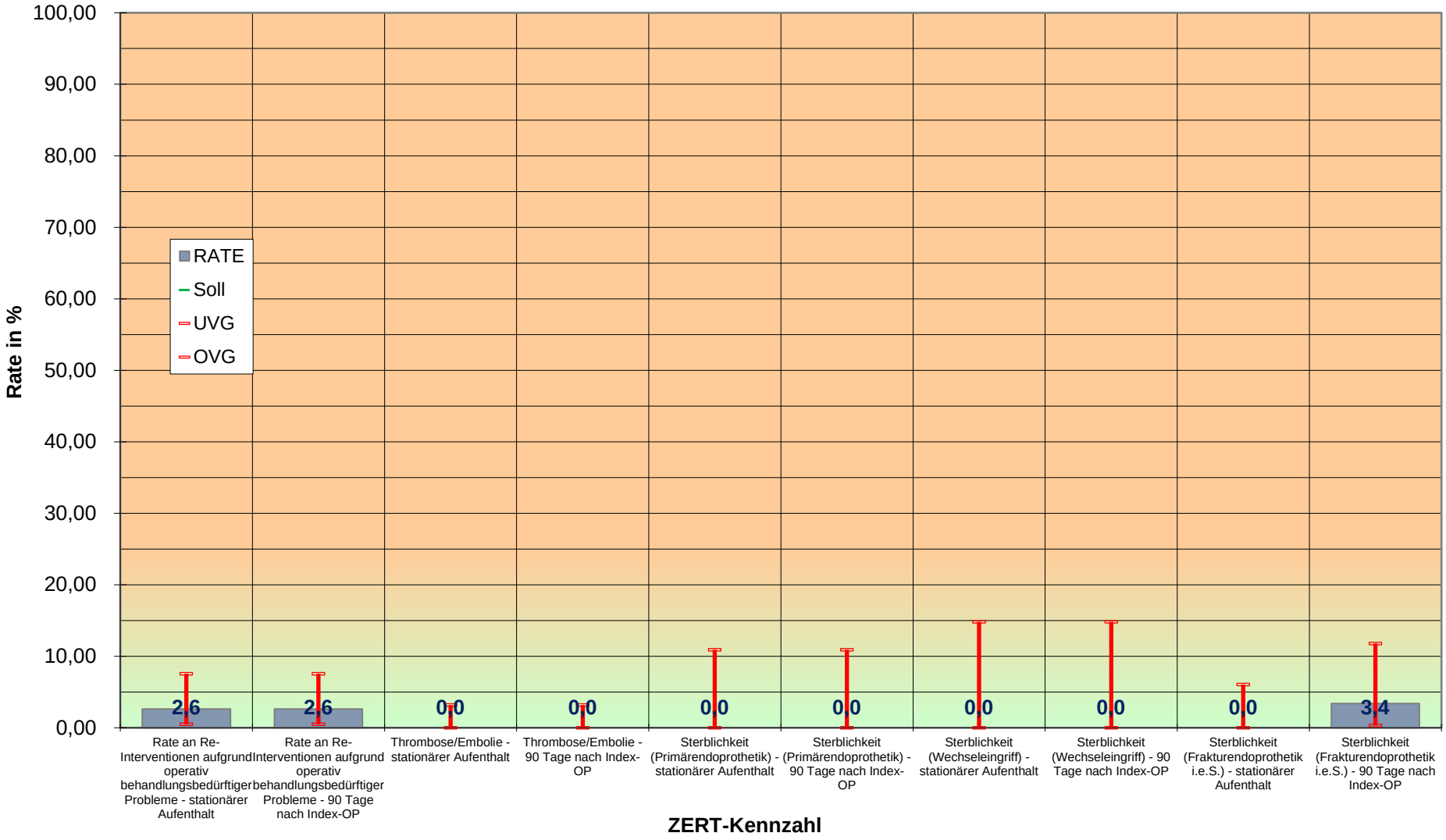
ZERT-Kennzahlen Hüfte für Endoprothetikzentren
Ergebnisse des EPZ RZ für das Verfahrensjahres 2017: TEIL D



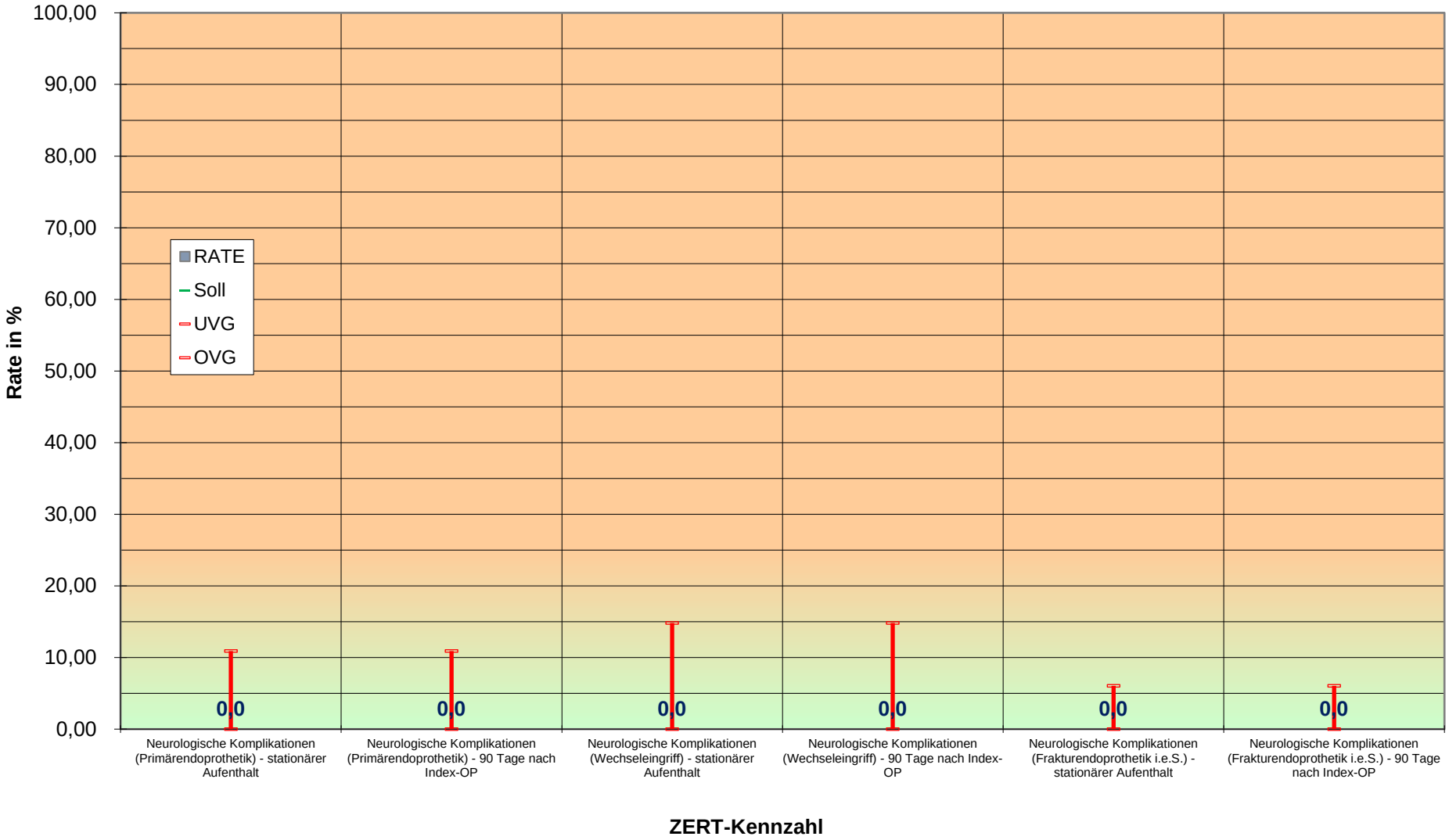
ZERT-Kennzahlen Hüfte für Endoprothetikzentren
Ergebnisse des EPZ RZ für das Verfahrensjahres 2017: TEIL E



ZERT-Kennzahlen Hüfte für Endoprothetikzentren
Ergebnisse des EPZ RZ für das Verfahrensjahres 2017: TEIL F



ZERT-Kennzahlen Hüfte für Endoprothetikzentren
Ergebnisse des EPZ RZ für das Verfahrensjahres 2017: TEIL G



SPEZIAL-QUALITÄTSBERICHTERSTATTUNG DES DRK KRANKENHAUSES MÖLLN-RATZEBURG

1. QualitätsBericht

des EndoProthetikZentrums Ratzeburg

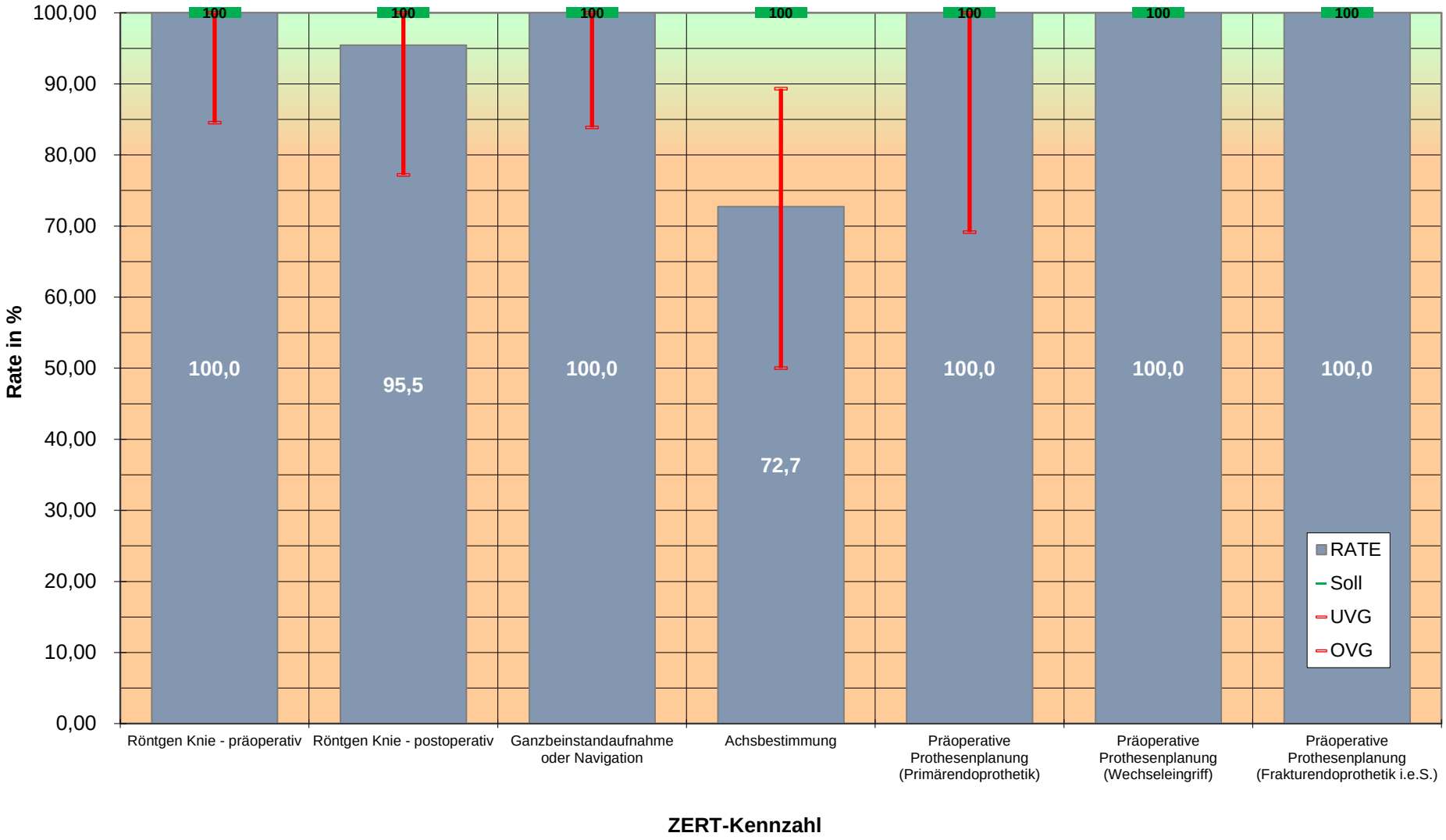
GESAMTBERICHT

ANHANG 4

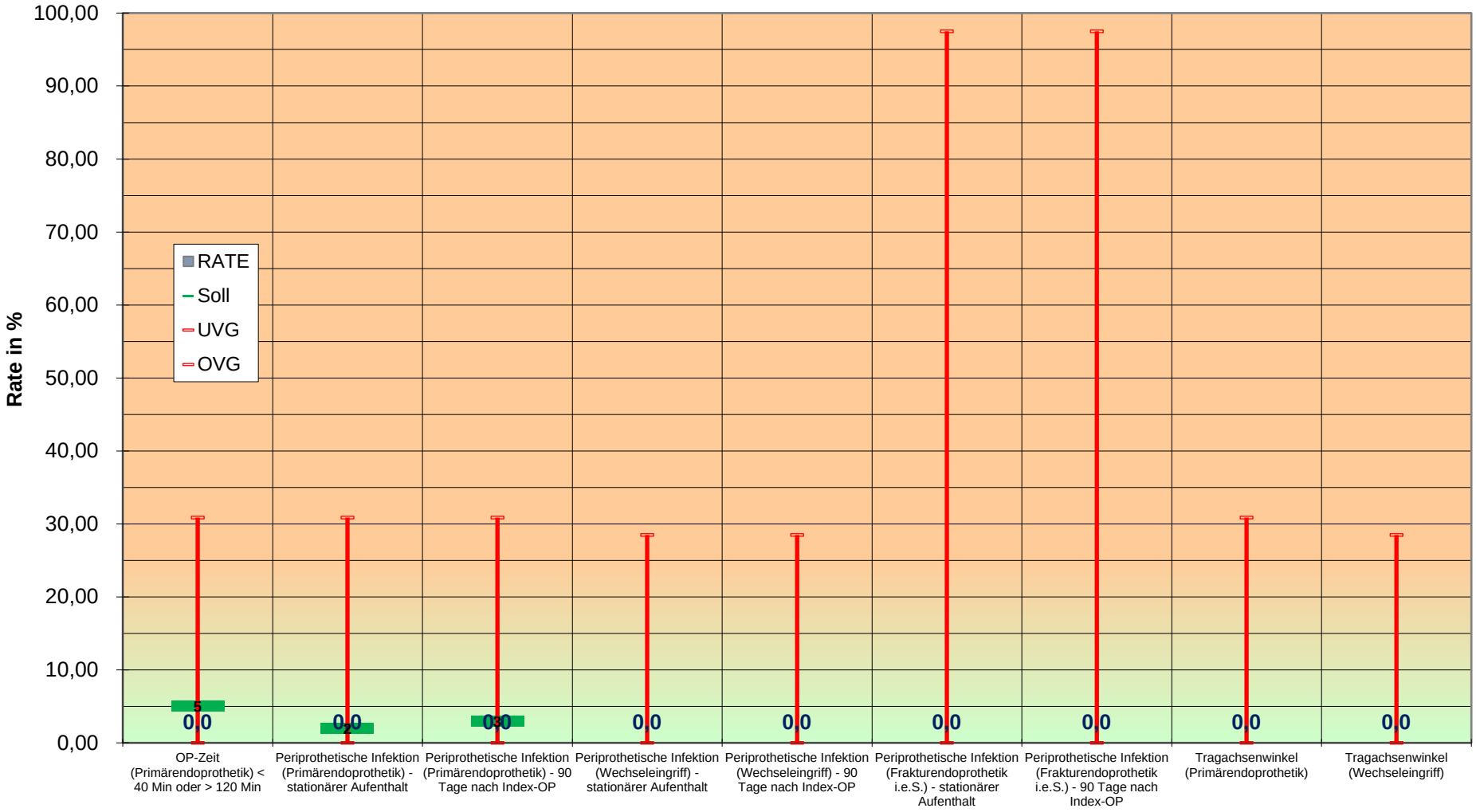
Version 1.0

September 2019

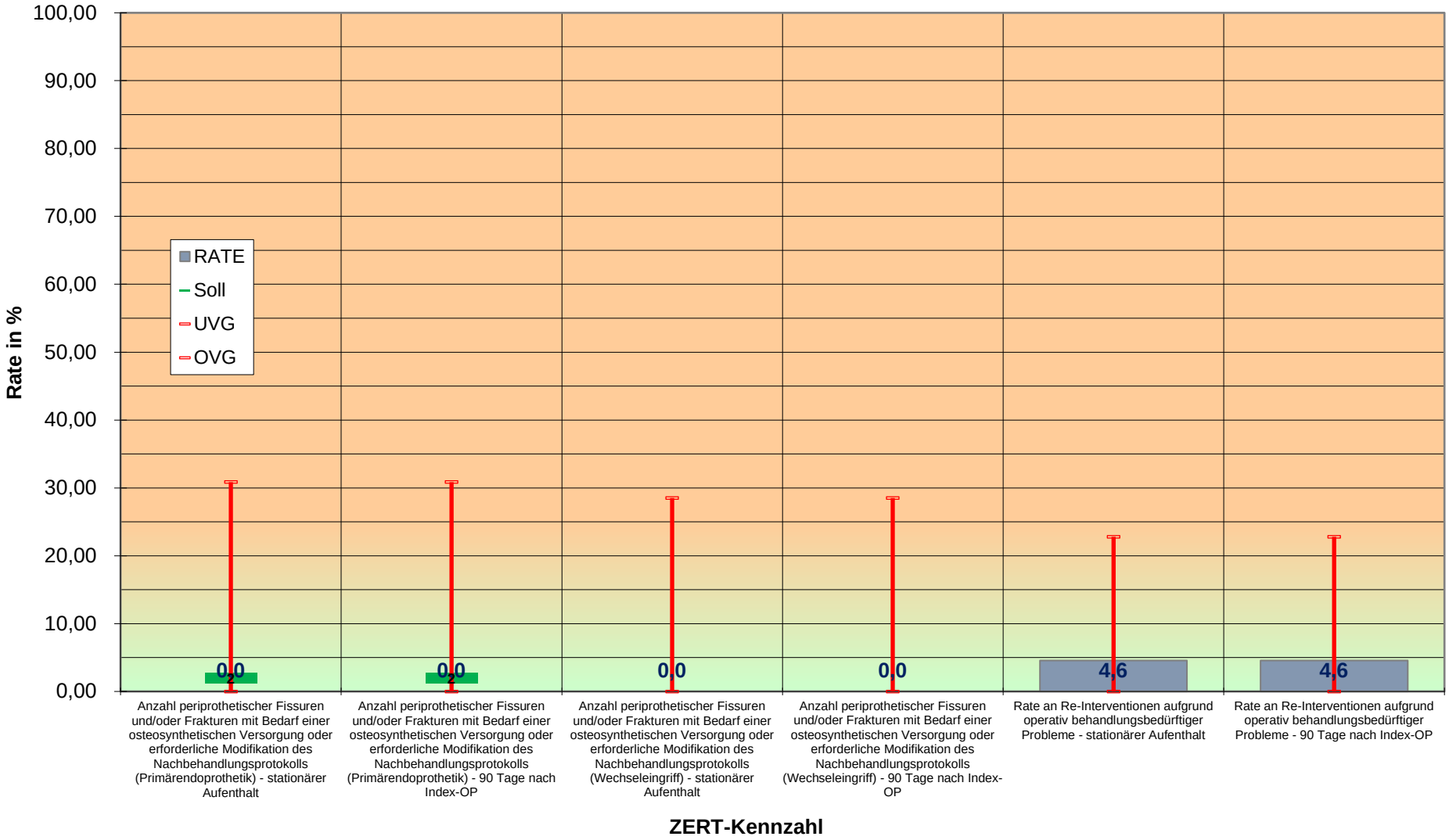
ZERT-Kennzahlen Knie für Endoprothetikzentren
Ergebnisse des EPZ RZ für das Verfahrensjahres 2017: TEIL A



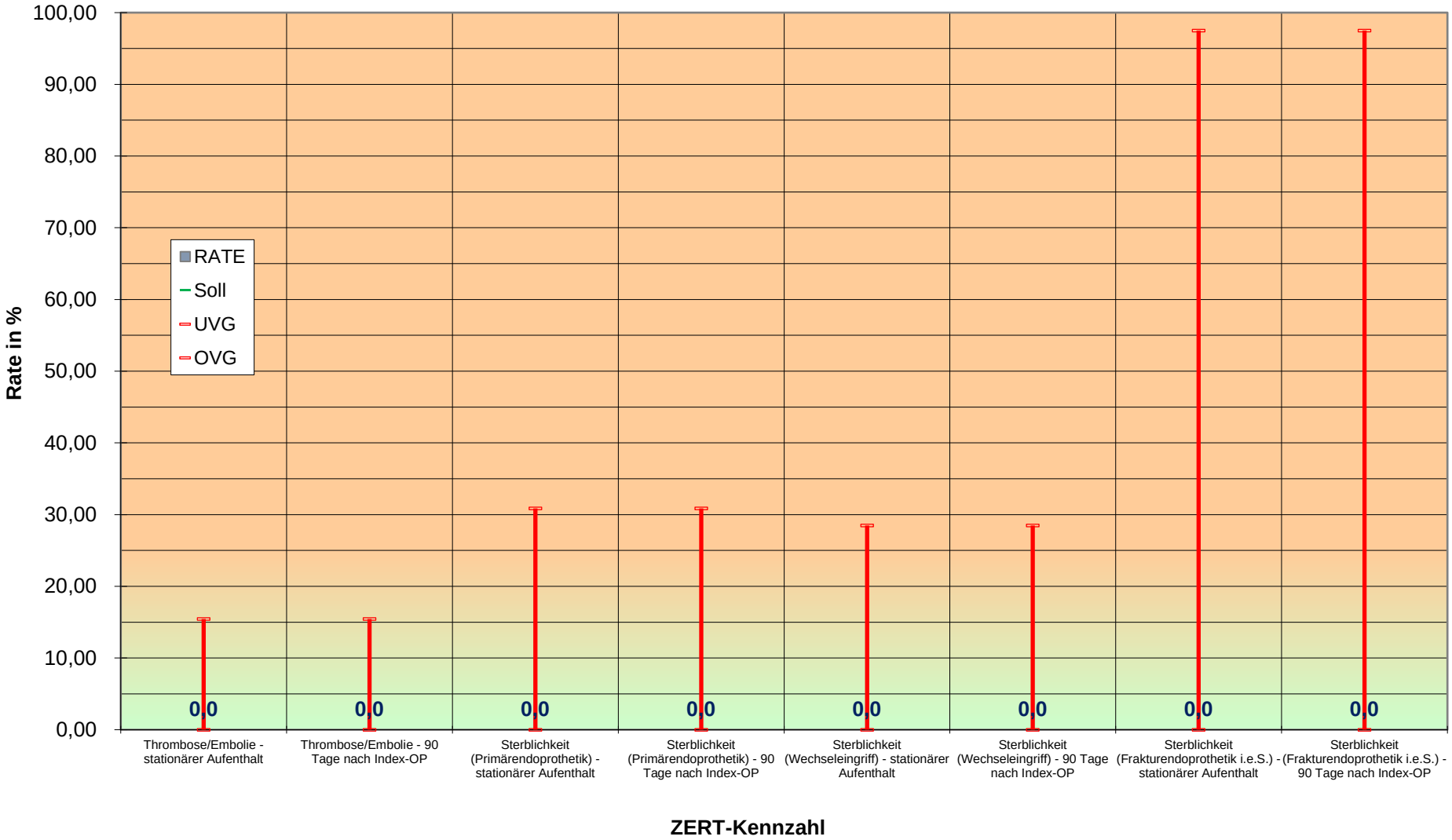
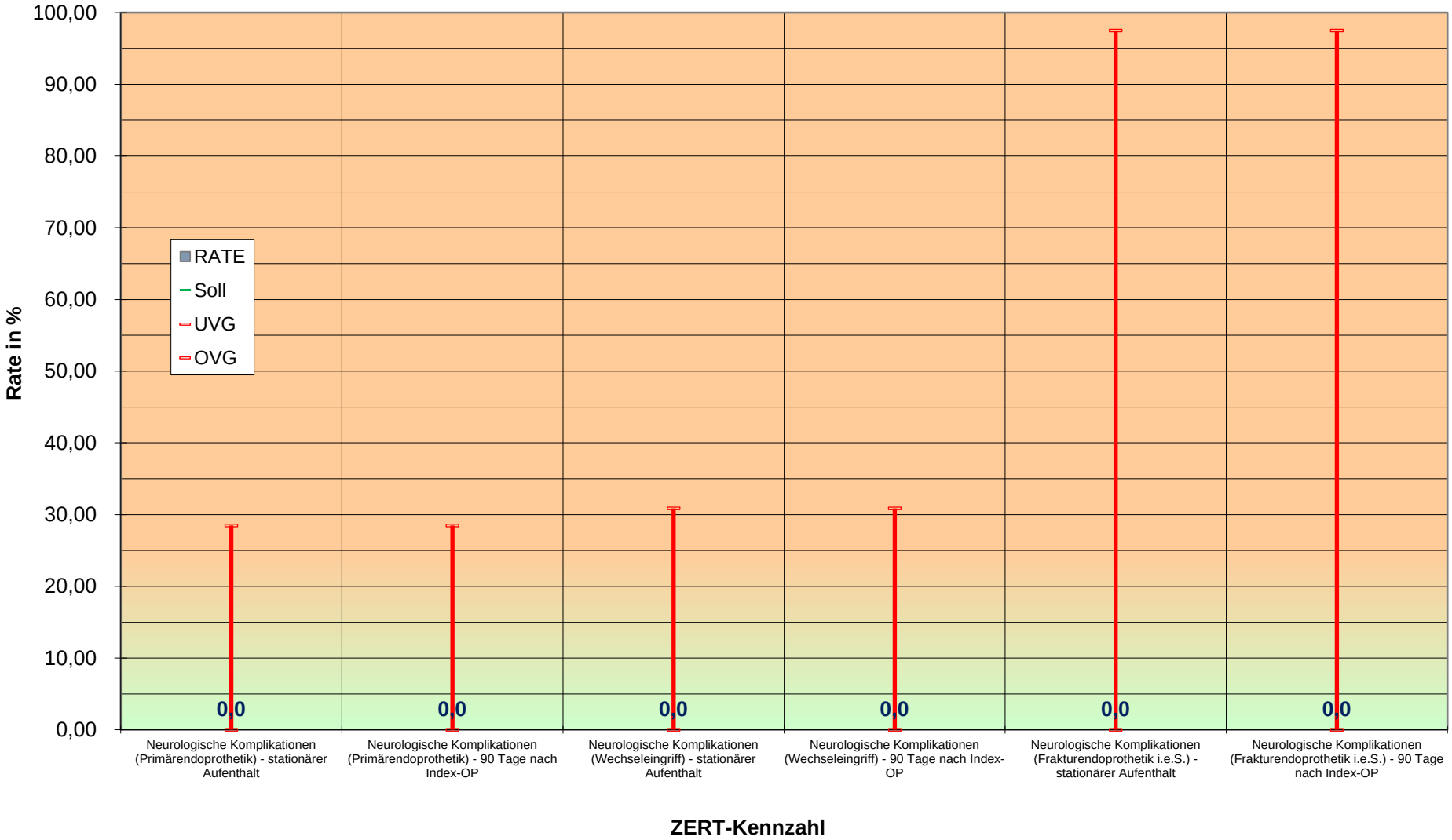
ZERT-Kennzahlen Hüfte für Endoprothetikzentren
Ergebnisse des EPZ RZ für das Verfahrensjahres 2017: TEIL B



ZERT-Kennzahlen Hüfte für Endoprothetikzentren
Ergebnisse des EPZ RZ für das Verfahrensjahres 2017: TEIL C



ZERT-Kennzahlen Hüfte für Endoprothetikzentren
Ergebnisse des EPZ RZ für das Verfahrensjahres 2017: TEIL D



ZERT-Kennzahlen Hüfte für Endoprothetikzentren
Ergebnisse des EPZ RZ für das Verfahrensjahres 2017: TEIL E