

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

## **Starmed Klinik München**

Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software promato QBM 2.5 am 18.05.2020 um 10:08 Uhr erstellt.

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

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

## Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses	5
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	5
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	5
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	5
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	5
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	6
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	7
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	7
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	8
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	8
A-10 Gesamtfallzahlen	8
A-11 Personal des Krankenhauses	9
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen	9
A-11.2 Pflegepersonal	9
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal	10
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	11
A-12.1 Qualitätsmanagement	11
A-12.2 Klinisches Risikomanagement	11
A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements	12
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	14
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit	15
A-13 Besondere apparative Ausstattung	16
Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	17
B-[1].1 Allgemeine Chirurgie	17
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	17
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	18
B-[1].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	18
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	18
B-[1].6 Diagnosen nach ICD	18
B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	18
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	19
B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	19
B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	19
B-[1].11 Personelle Ausstattung	20
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	20
B-11.2 Pflegepersonal	20
B-[2].1 Orthopädie	21

B-[2].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	22
B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	23
B-[2].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	23
B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	23
B-[2].6 Diagnosen nach ICD	23
B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	24
B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	26
B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	26
B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	26
B-[2].11 Personelle Ausstattung	27
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	27
B-11.2 Pflegepersonal	27
Teil C - Qualitätssicherung	28
C-1 Teilnahme an der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	28
C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	28
C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung aus dem Verfahren der QSKH-RL für: [Auswertungseinheit]	30
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	43
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	43
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	43
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V	44
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")	44
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V	44

## Einleitung

### Einleitungstext

Die Starmed Klinik wurde 2004 als Privatklinik mit dem Schwerpunkt Orthopädie und Chirurgie gegründet. In 2014 wurde sie in den Krankenhausplan aufgenommen, wodurch die Behandlung gesetzlich versicherter Patienten ermöglicht wurde. Seit Ende 2016 gehört sie als ATOS Starmed Klinik zur ATOS Gruppe. Im Jahr 2018 wurde die ATOS Starmed Klinik von 12 auf 22 Betten erweitert. Die aktuellen Schwerpunkte liegen im Bereich der Knie- und Schulterchirurgie.

### Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

Name	Christine Asel-Helmer
Position	Qualitätsbeauftragte
Telefon	089 / 450285 - 0
Fax	089 / 450285 - 111
E-Mail	qm@starmedklinik.de

### Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

Name	Niclas Schöps
Position	Kaufmännische Leitung
Telefon.	089 / 450285 - 130
Fax	089 / 450285 - 111
E-Mail	qm@starmedklinik.de

### Weiterführende Links

URL zur Homepage	<a href="http://www.starmedklinik.de">http://www.starmedklinik.de</a>
Weitere Links	<ul style="list-style-type: none"><li>◦ <a href="http://www.atos-kliniken.com">http://www.atos-kliniken.com</a> ( Seit Ende 2016 gehört die Klinik als ATOS Starmed Klinik zur ATOS Gruppe. )</li></ul>

## Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

#### I. Angaben zum Krankenhaus

Name	ATOS Starmed Klinik GmbH
Institutionskennzeichen	260914243
Standortnummer	00
Hausanschrift	Putzbrunner Str. 9 81737 München
Postanschrift	Putzbrunner Str. 9 81737 München
Internet	<a href="http://www.starmedklinik.de">http://www.starmedklinik.de</a>

#### Ärztliche Leitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. med. Dr. med. univ. Matthias Ganser	Ärztlicher Direktor	089 / 450285 - 130	089 / 450285 - 111	qm@starmedklinik.de

#### Pflegedienstleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Brigitte Liebl	Stationsleitung	089 / 450285 - 200	089 / 450285 - 111	qm@starmedklinik.de

#### Verwaltungsleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Niclas Schöps	Kaufmännische Leitung	089 / 450285 - 0	089 / 450285 - 111	qm@starmedklinik.de

### A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name	ATOS STARMED KLINIK GmbH
Art	privat

### A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus?	trifft nicht zu
---	-----------------

### A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

trifft nicht zu / entfällt

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	individuelle Betreuung in einer familiären Atmosphäre mit kleinen Übungsgruppen
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	Individuelle Planung der Nachsorge nach dem stationären Aufenthalt (z.B. Anschlussheilbehandlung, Haushaltshilfe)
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	Umfassendes und individuelles Training an High-Tech-Geräten zur Linderung der Beschwerden und Beheben der Ursachen.
MP37	Schmerztherapie/-management	Individuelle medikamentöse und pflegerische Schmerztherapie
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP51	Wundmanagement	
MP63	Sozialdienst	Bestandteil des Entlassmanagements

## A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	URL	Kommentar / Erläuterung
NM02	Ein-Bett-Zimmer			Auf der Station 1 bestehen 13 Einbettzimmer. Seit 2018 stehen auf Station 2 drei 2-Bettzimmer und ein 3-Bettzimmer zur Verfügung.
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)			Nach Anfrage und Prüfung der Belegung möglich. Kosten in Höhe von 120,00€ pro Nacht.
NM14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	0,00 EUR pro Tag (max)		
NM15	Internetanschluss am Bett/im Zimmer	0,00 EUR pro Tag (max)		
NM17	Rundfunkempfang am Bett	0,00 EUR pro Tag (max)		
NM18	Telefon am Bett	0,00 EUR pro Tag (max) ins deutsche Festnetz 0,30 EUR pro Minute ins deutsche Festnetz 0,00 EUR bei eingehenden Anrufen		
NM19	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer			
NM30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	0,00 EUR pro Stunde (max) 0,00 EUR pro Tag		Speziell gekennzeichnete ATOS STARMED Parkplätze in der Tiefgarage der Klinik.
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	Auf die gewünschte oder kulturell bedingte Ernährung wird bei der Essensbestellung eingegangen.		Essen à la Carte (durch Gastronomiebetrieb)

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF04	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung	
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche oder Ähnliches	
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen	
BF11	Besondere personelle Unterstützung	
BF30	Mehrsprachige Internetseite	

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

## A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl der Betten	22
-------------------	----

## A-10 Gesamtfallzahlen

### Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

Vollstationäre Fallzahl	1625
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	0

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

#### Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	2,05
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,05
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2,05

#### davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	2,05
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,05
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2,05
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

#### Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen	0
-----------------	---

#### Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

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

#### davon Fachärzte und Fachärztinnen

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

### A-11.2 Pflegepersonal

#### Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	9,19
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,19
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0

Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	9,19

**davon ohne Fachabteilungszuordnung**

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

**A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal**

<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Physiotherapeut und Physiotherapeutin (SP21)</b>
Anzahl Vollkräfte	5,54
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,54
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,0
Ambulante Versorgung	3
Stationäre Versorgung	2,54
Kommentar/ Erläuterung	

<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie (SP42)</b>
Anzahl Vollkräfte	1,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	1
Stationäre Versorgung	0,5
Kommentar/ Erläuterung	

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name	Christine Asel-Helmer
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsbeauftragte
Telefon	089 450285 0
Fax	089 450285 111
E-Mail	qm@starmedklinik.de

#### A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	OP, Pflege, Anästhesie, Physiotherapie, Verwaltung, KL, QM
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

### A-12.2 Klinisches Risikomanagement

#### A-12.2.1 Verantwortliche Person

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

#### A-12.2.2 Lenkungsgremium

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

#### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Ablaufschema bewusstloser Patient 2018-08-20
RM05	Schmerzmanagement	Schmerztherapie 2018-10-10
RM06	Sturzprophylaxe	Sturzprophylaxe 2018-09-11
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Dekubitusprophylaxe 2018-08-08
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Umgang mit Medizinprodukten 2018-11-10
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwartetem Blutverlust	OP Checkliste 2018-03-08

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	OP Checkliste 2018-03-08
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Verfahrensanweisung OP Checkliste 2018-03-08
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Prozess Aufwachraum 2018-10-10
RM18	Entlassungsmanagement	Entlassmanagement 2018-07-05

#### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Existiert ein einrichtungsinternes Fehlermeldesystem?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Tagungsfrequenz	bei Bedarf
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	Überarbeitung der OP Checkliste

#### Einrichtungsinterne Fehlermeldesysteme

Nr.	Einrichtungsinernes Fehlermeldesystem	Zusatzangaben
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	bei Bedarf

#### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungübergreifenden Fehlermeldesystemen

Teilnahme an einem einrichtungübergreifenden Fehlermeldesystem	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Tagungsfrequenz	bei Bedarf

### A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

#### A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1	
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	1	Herr Dr. med. Matthias Ganser
Hygienefachkräfte (HFK)	1	
Hygienebeauftragte in der Pflege	1	
Eine Hygienekommission wurde eingerichtet	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Tagungsfrequenz der Hygienekommission	halbjährlich	

#### Vorsitzender der Hygienekommission

Name	Dr. Mathias Ganser
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Telefon	089 450285 0
Fax	089 450285 111
E-Mail	qm@starmedklinik.de

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

#### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Kein Einsatz von zentralen Venenverweilkathetern?  ja

#### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor?  nein

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor?  ja

#### Der Standard thematisiert insbesondere

Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe  ja

Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)  ja

Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe?  ja

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

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

#### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor?  ja

#### Der interne Standard thematisiert insbesondere

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

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

Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden  ja

Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage  ja

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

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

#### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben?  Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen 32 ml/Patiententag

Ist eine Intensivstation vorhanden?  Nein

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen?  ja

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

Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke\_node.html)?  nein

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

Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen?  ja

Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen?  ja

#### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Hygienebezogene Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar/ Erläuterung
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Zertifikat Silber	
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		
HM09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		mehrmals jährlich, abteilungsbezogen und übergreifend

#### A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.  Ja Kontinuierliche Patientenzufriedenheitsbefragung Beschwerdemanagement

Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement  Ja

(Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)

Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden  Ja

Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden  Ja

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

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

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

Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren  Ja ◦ Patientenzufriedenheitsbefragung

Patientenbefragungen  Ja

Einweiserbefragungen  Nein

#### Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Annalucia Pistillo	Beschwerdemanagerin	089 450285 121		qm@starmedklinik.de

#### A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit

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

##### A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

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

#### A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person für die Arzneimitteltherapiesicherheit	entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement
---	--

#### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	1
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	1
Kommentar/ Erläuterung	externer Dienstleister

#### A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen	
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe –Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Medikamentenmanagement
AS06	SOP zur guten Verordnungspraxis	Medikamentenmanagement
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<input checked="" type="checkbox"/> Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung <input checked="" type="checkbox"/> andere Maßnahme Fehlermeldesystem
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	<input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs <input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung des Medikationsplans <input checked="" type="checkbox"/> bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

#### A-13 Besondere apparative Ausstattung

trifft nicht zu / entfällt

## Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

### B-[1].1 Allgemeine Chirurgie

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Allgemeine Chirurgie
Fachabteilungsschlüssel	1500
Art der Abteilung	Hauptabteilung

#### Chefärztinnen/-ärzte

Name	Prof. Dr. Stefan Hinterwimmer
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	stellvertr. Ärztlicher Direktor / Chefarzt Chirurgie
Telefon	089 / 450285 - 0
Fax	
E-Mail	info@starmedklinik.de
Strasse / Hausnummer	Putzbrunner Str. 9
PLZ / Ort	81737 München
URL	

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

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

Kommentar/Erläuterung

Zielvereinbarungen bestehen nur auf qualitativer Ebene. Betrachtet werden Wundinfektionen und die Mitwirkung an Qualitätsstandards

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VO19	Schulterchirurgie	

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Vollstationäre Fallzahl	120
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-[1].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
M75	56	Schulterläsionen
S46	21	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Schulter und des Oberarmes
S43	11	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels
S42	8	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes
K40	7	Hernia inguinalis
M20	4	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen
M25	4	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert
M21	< 4	Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten
S83	< 4	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes
J45	< 4	Asthma bronchiale
M24	< 4	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen
M67	< 4	Sonstige Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
T84	< 4	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate
Z74	< 4	Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit

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

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-814	269	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes
5-811	100	Arthroskopische Operation an der Synovialis
8-390	88	Lagerungsbehandlung
8-915	84	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie
5-819	77	Andere arthroskopische Operationen
5-788	43	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes
5-812	17	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken
5-810	16	Arthroskopische Gelenkoperation
5-786	12	Osteosyntheseverfahren
5-530	8	Verschluss einer Hernia inguinalis
5-783	7	Entnahme eines Knochentransplantates
5-784	6	Knochentransplantation und -transposition
5-850	5	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie
5-782	4	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe
5-853	4	Rekonstruktion von Muskeln
5-855	< 4	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide
5-813	< 4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes

<b>OPS-301 Ziffer</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Offizielle Bezeichnung</b>
5-808	\< 4	Offen chirurgische Arthrodesen
5-851	\< 4	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie
5-859	\< 4	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln
5-894	\< 4	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
5-896	\< 4	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut

### **B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

## B-[1].11 Personelle Ausstattung

### B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

#### Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	0,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,5
Fälle je VK/Person	240,00000

#### davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	0,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,5
Fälle je VK/Person	240,00000
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie	

### B-11.2 Pflegepersonal

#### Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	1,8
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,8
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,8
Fälle je VK/Person	66,66666
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

#### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	

## B-[2].1 Orthopädie

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Orthopädie
Fachabteilungsschlüssel	2300
Art der Abteilung	Hauptabteilung

### Chefärztinnen/-ärzte

Name	Prof. Dr. Stefan Hinterwimmer
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Stellvertr. Ärztlicher Direktor/ Chefarzt Orthopädie
Telefon	089 / 450285 - 0
Fax	
E-Mail	info@starmedklinik.de
Strasse / Hausnummer	Putzbrunner Str. 9
PLZ / Ort	81737 München
URL	

Name	Prof. Dr. Mark Tauber
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Schulterchirurgie
Telefon	089 / 450285 - 0
Fax	
E-Mail	info@starmedklinik.de
Strasse / Hausnummer	Putzbrunner Str. 9
PLZ / Ort	81737 München
URL	

Name	PD Dr. Frank Martetschläger
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Schulter-und Ellenbogenchirurgie
Telefon	089 / 450285 - 0
Fax	
E-Mail	info@starmedklinik.de
Strasse / Hausnummer	Putzbrunner Str. 9
PLZ / Ort	81737 München
URL	

Name	Dr. Volker Braunstein
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Schulterchirurgie
Telefon	089 / 450285 - 0
Fax	
E-Mail	info@starmedklinik.de
Strasse / Hausnummer	Putzbrunner Str. 9
PLZ / Ort	81737 München
URL	

Name	PD Dr. Peter Brucker
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Kniechirurgie

Telefon	089 / 450285 - 0
Fax	
E-Mail	info@starmedklinik.de
Strasse / Hausnummer	Putzbrunner Str. 9
PLZ / Ort	81737 München
URL	

Name	Dr. Alexander Rauch
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Orthopädie-und Unfallchirurgie
Telefon	089 / 450285 - 0
Fax	
E-Mail	info@starmedklinik.de
Strasse / Hausnummer	Putzbrunner Str. 9
PLZ / Ort	81737 München
URL	

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

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

Kommentar/Erläuterung

Zielvereinbarungen bestehen nur auf qualitativer Ebene. Betrachtet werden Wundinfektionen und die Mitwirkung an Qualitätsstandards

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	Entfernung der verbauten Implantate.
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken	Rekonstruktionen im Schulter- und Kniebereich. Rekonstruktion der Rotatorenmanschette, Vorderes Kreuzband, Hinteres Kreuzband usw.
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	Knie: unikondyläre Schlittenprothese Schulter: Schulterprothesen (Voll- und Teilprothese), Prothesenwechsel
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes	
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien	

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Vollstationäre Fallzahl	1505
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-[2].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
S83	438	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes
M75	206	Schulterläsionen
S46	172	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Schulter und des Oberarmes
M23	107	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]
M25	97	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert
T84	94	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate
M17	73	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]
M19	52	Sonstige Arthrose
S43	45	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels
M22	28	Krankheiten der Patella
M62	23	Sonstige Muskelkrankheiten
S42	14	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes
M67	13	Sonstige Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
M93	13	Sonstige Osteochondropathien
M94	12	Sonstige Knorpelkrankheiten
Q74	11	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Extremität(en)
S86	11	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels
M24	9	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen
M87	9	Knochennekrose

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
S39	8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens
S76	8	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Hüfte und des Oberschenkels
M21	5	Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten
M20	4	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen
M65	4	Synovitis und Tenosynovitis
T81	4	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert
M66	\< 4	Spontanruptur der Synovialis und von Sehnen
M71	\< 4	Sonstige Bursopathien
M77	\< 4	Sonstige Enthesopathien
M84	\< 4	Veränderungen der Knochenkontinuität
M85	\< 4	Sonstige Veränderungen der Knochendichte und -struktur
M92	\< 4	Sonstige juvenile Osteochondrosen
S93	\< 4	Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes
D21	\< 4	Sonstige gutartige Neubildungen des Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe
M76	\< 4	Enthesopathien der unteren Extremität mit Ausnahme des Fußes
S82	\< 4	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
D16	\< 4	Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels
D36	\< 4	Gutartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen
D48	\< 4	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen
G54	\< 4	Krankheiten von Nervenwurzeln und Nervenplexus
G56	\< 4	Mononeuropathien der oberen Extremität
M00	\< 4	Eitrige Arthritis
M11	\< 4	Sonstige Kristall-Arthropathien
M12	\< 4	Sonstige näher bezeichnete Arthropathien
M13	\< 4	Sonstige Arthritis
M61	\< 4	Kalzifikation und Ossifikation von Muskeln
M70	\< 4	Krankheiten des Weichteilgewebes im Zusammenhang mit Beanspruchung, Überbeanspruchung und Druck
M96	\< 4	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert
Q84	\< 4	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Integumentes
S70	\< 4	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels
S72	\< 4	Fraktur des Femurs
S80	\< 4	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels
T85	\< 4	Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate
Z74	\< 4	Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit

## B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-811	1230	Arthroskopische Operation an der Synovialis
5-814	1116	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes
5-812	1044	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken
5-810	730	Arthroskopische Gelenkoperation
8-390	641	Lagerungsbehandlung
8-915	547	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie
5-819	345	Andere arthroskopische Operationen
5-813	285	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes
5-800	235	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes
5-854	174	Rekonstruktion von Sehnen

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-983	165	Reoperation
5-780	139	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch
5-786	136	Osteosyntheseverfahren
5-787	127	Entfernung von Osteosynthesematerial
5-781	109	Osteotomie und Korrekturosteotomie
5-805	95	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes
5-782	85	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe
5-784	76	Knochentransplantation und -transposition
5-804	73	Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat
5-824	70	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität
5-855	70	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnen Scheide
5-852	65	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie
5-801	58	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken
5-803	54	Offen chirurgische Bandplastik am Kniegelenk
5-853	47	Rekonstruktion von Muskeln
5-815	43	Arthroskopische Entfernung und arthroskopischer Wechsel eines Bandersatzes am Kniegelenk
5-783	37	Entnahme eines Knochentransplantates
5-869	36	Anderer Operationen an den Bewegungsorganen
1-697	29	Diagnostische Arthroskopie
5-829	29	Anderer gelenkplastische Eingriffe
5-057	28	Neurolyse und Dekompression eines Nerven mit Transposition
5-056	24	Neurolyse und Dekompression eines Nerven
5-851	24	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie
5-850	23	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie
5-822	21	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk
5-859	16	Anderer Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln
5-894	16	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
5-802	12	Offen chirurgische Refixation und Naht am Kapselbandapparat des Kniegelenkes
5-809	11	Anderer Gelenkoperationen
5-788	10	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes
5-816	10	Arthroskopische Operationen am Labrum acetabulare
5-795	6	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen
5-79b	6	Offene Reposition einer Gelenkluxation
5-825	6	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität
5-790	5	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese
1-482	4	Arthroskopische Biopsie an Gelenken
5-856	< 4	Rekonstruktion von Faszien
5-892	< 4	Anderer Inzision an Haut und Unterhaut
5-931	< 4	Art des verwendeten Knorpelersatz-, Knochenersatz- und Osteosynthesematerials
5-785	< 4	Implantation von alloplastischem Knochenersatz
5-796	< 4	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen
5-806	< 4	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes
5-807	< 4	Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke
8-919	< 4	Komplexe Akutschmerzbehandlung
1-481	< 4	Biopsie ohne Inzision an Knochen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren
5-041	< 4	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven
5-343	< 4	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Brustwand
5-791	< 4	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens
5-793	< 4	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-794	\< 4	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
5-808	\< 4	Offen chirurgische Arthrodesen
5-823	\< 4	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk
5-826	\< 4	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der unteren Extremität
5-840	\< 4	Operationen an Sehnen der Hand
5-845	\< 4	Synovialektomie an der Hand
5-895	\< 4	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
5-898	\< 4	Operationen am Nagelorgan
5-913	\< 4	Entfernung oberflächlicher Hautschichten
8-102	\< 4	Fremdkörperentfernung aus der Haut ohne Inzision
8-158	\< 4	Therapeutische perkutane Punktion eines Gelenkes
8-210	\< 4	Brisement force
8-310	\< 4	Aufwendige Gipsverbände

### B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

## B-[2].11 Personelle Ausstattung

### B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

#### Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	1,55
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,55
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,55
Fälle je VK/Person	970,96774

#### davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	1,55
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,55
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,55
Fälle je VK/Person	970,96774
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie	

### B-11.2 Pflegepersonal

#### Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	7,39
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,39
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	7,39
Fälle je VK/Person	203,65358
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

#### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	

## Teil C - Qualitätssicherung

### C-1 Teilnahme an der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

#### C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Kommentar / Erläuterung
Ambulant erworbene Pneumonie	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Geburtshilfe	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzchirurgie (Koronar- und Aortenklappenchirurgie)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschritmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschritmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschritmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung: Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Kommentar / Erläuterung
Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Karotis-Revaskularisation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung	20	80,0	
Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesenwechsel und –komponentenwechsel	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen	20	80,0	
Leberlebendspende	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lebertransplantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Mammachirurgie	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Neonatologie	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Kommentar / Erläuterung
Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nierenlebendspende	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Pflege: Dekubitusprophylaxe	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

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

Qualitätsindikator	Das operierte künstliche Kniegelenk konnte zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend bewegt werden
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54026</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	92,92
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,79 / 93,04
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	16 / 16
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	80,64 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

## Fachlicher Hinweis IQTIG

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

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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54127</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,04
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,03 / 0,05
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	16 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 19,36
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

## Fachlicher Hinweis IQTIG

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

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

Qualitätsindikator	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54123</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	1,40
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,00 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,35 / 1,46
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	16 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 19,36
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

## Fachlicher Hinweis IQTIG

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

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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54021</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	96,43
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,17 / 96,68
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	14 / 14
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	78,47 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	verbessert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	verbessert

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54020</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	97,82
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,75 / 97,90
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54028</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	0,89
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,79 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,83 / 0,95
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	16 / 0 / 0,03
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 122,73
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

## Fachlicher Hinweis IQTIG

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

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

**Qualitätsindikator**
**Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)**
**Kennzahl-ID**
**54124**

Leistungsbereich

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

QSKH

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis	1,05
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,89 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 / 1,10
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	16 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 19,36
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54022</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	93,31
Referenzbereich (bundesweit)	>= 86,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,87 / 93,72
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

## Fachlicher Hinweis IQTIG

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

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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54125</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	4,59
Referenzbereich (bundesweit)	<= 13,33 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,25 / 4,96
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

## Fachlicher Hinweis IQTIG

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

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

Qualitätsindikator	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50481</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	3,24
Referenzbereich (bundesweit)	<= 10,37 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,95 / 3,55
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

## Fachlicher Hinweis IQTIG

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

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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54128</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	99,79
Referenzbereich (bundesweit)	>= 98,54 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,76 / 99,81
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	12 / 12
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	77,91 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

## Fachlicher Hinweis IQTIG

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

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitus Grad/Kategorie 4)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52010</b>
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 / 0,01
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	1502 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 0,26
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

## Fachlicher Hinweis IQTIG

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

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

**Qualitätsindikator**

**Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

**Kennzahl-ID**

**52009**

Leistungsbereich

Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

QSKH

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

1,06

Referenzbereich (bundesweit)

≤ 2,31 (95. Perzentil)

Vertrauensbereich (bundesweit)

1,05 / 1,07

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

1502 / 0 / 1,91

Rechnerisches Ergebnis

0,00

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

0,00 / 2,01

Ergebnis im Berichtsjahr

R10

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

unverändert

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

## Fachlicher Hinweis IQTIG

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

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

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

Über § 136a und § 136b SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

## **C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V**

trifft nicht zu / entfällt

## **C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung**

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

### C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")

Nr.	Vereinbarung bzw. Richtlinie	Kommentar/Erläuterung
CQ09	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei kollagengedeckter und periostgedeckter autologer Chondrozytenimplantation am Kniegelenk	
CQ10	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei matrixassoziierter autologer Chondrozytenimplantation (ACI-M) am Kniegelenk	

### Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Die Nichterfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung gemäß I.2.2 bzw. II.2.2 Anlage 2 QFR-RL wurde mitgeteilt?  Nein

### C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	8
Anzahl derjenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	8
Anzahl derjenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	8

(\*): nach den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus“ (siehe [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de))