

Qualitätsbericht 2021

**EndoProthetikZentrum
(=EPZ)**

Klinikallianz Mittelbayern
Ilmtalklinik GmbH
Krankenhaus Mainburg

Inhaltsverzeichnis

1. Aufbau und Organisation des EndoProthetikZentrum

Struktur unseres EndoProthetikZentrums
Jahresplanung

2. Bewertung des EndoProthetikZentrums (Kennzahlenbogen und Qualitätsindikatoren)

8.0 Kennzahlentabelle mit Bewertung der Stützprozesse
5.1/5.2 A3 Qualitätsindikatoren

3. Empfehlungen für Verbesserungen

4. Zusammenfassung

1. Aufbau und Organisation

Struktur unseres EndoProthetikZentrums

Ein EPZ muss gemäß den Anforderungen der DGOOC (EndoCert) über folgende strukturelle Merkmale verfügen:

1. Gründungsvertrag mit Benennung Leiter und Koordinator
2. Anbindung von Partnern an das EndoProthetikZentrum mittels Kooperationsbeschreibungen (Radiologie, Anästhesie, Strahlentherapie, Innere Medizin, Mikrobiologie, Gefäßchirurgie, Nuklearmedizin, Pathologie, Physiotherapie, Sozialdienst, Orthopädietechnik, ZSVA)
3. Nachweis der Dokumentation (hier liegen fest definierte Größen zugrunde, die nachgewiesen werden müssen, sog. Kennzahlen)
4. Nachweis der Umsetzung der geltenden Leitlinien der Fachgesellschaften
5. Nachweis eines zertifizierten QM-Systems nach DIN EN ISO 9001:2015
6. Nachweis der lückenlosen Aktenführung
7. Nachweis definierter Anzahl von Fachärzten in den einzelnen Disziplinen und entsprechend qualifizierter Mitarbeiter im Bereich der Pflege und Funktion
8. Nachweis der Erfüllung gesetzlicher Anforderungen
9. Nachweis der Patientenbefragung, Messung von Wartezeiten, Darstellung des EndoProthetikZentrums nach außen (Homepage, Flyer usw.)
10. Durchführung von gemeinsamen Fortbildungsveranstaltungen, strukturierte Indikations- und Komplikationsbesprechungen

Diese Aufzählung ist sicher nicht abschließend, sie verschafft aber einen Überblick über wichtige Meilensteine und die Vielzahl der Aufgaben.

Alle diese Punkte haben wir bearbeitet und dargestellt bzw. umgesetzt, um unsere festgelegten Vorstellung von der Versorgung unserer Patienten auch für Dritte nachvollziehbar und zertifizierbar zu machen.

In unserem EndoProthetikZentrum soll durch eine fachübergreifende und qualitätsgesicherte Zusammenarbeit das ärztliche und pflegerische Angebot auf höchstem Niveau realisiert werden. Wir verpflichten uns zu hoher Qualität und orientieren uns an „best practice“ Lösungen und an verfügbaren Benchmark-Daten.

Das EndoProthetikZentrum bietet eine umfassende Betreuung der Bevölkerung. Ein Höchstmaß an Behandlungssicherheit wird durch die enge Zusammenarbeit mit den angrenzenden Fachgebieten geschaffen. Durch eine kontinuierliche Integration und Optimierung der Bereiche Diagnostik, operative Therapie und Nachsorge sorgen wir für eine stetige Verbesserung der Behandlung unserer Patienten.

Im Zentrum unserer Tätigkeit stehen unsere Patienten. Wir begegnen Ihnen mit Respekt und Wertschätzung. Individualität und Privatsphäre werden wahrgenommen und respektiert. Durch Stärkung der Eigenverantwortung motivieren wir die Patienten sich aktiv am Gesundheitsprozess zu beteiligen. Angehörige und Bezugspersonen der Patienten sind für uns wichtige Partner. Sie sind willkommen und werden auf Wunsch der Patienten aktiv in die Betreuung mit einbezogen.

Die stetige Verbesserung der Qualität unserer Arbeit ist ein permanenter Auftrag für alle Mitarbeitenden. Arbeitsabläufe werden kontinuierlich optimiert, Strukturen innovativ und interdisziplinär verändert und Qualitätsbewusstsein gefördert. In Zeiten begrenzter Ressourcen ist Wirtschaftlichkeit ein Überlebensfaktor. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des EndoProthetikZentrums übernehmen Mitverantwortung für ihren Bereich. Effektivität und Wirtschaftlichkeit, dienstleistungsorientiertes Verhalten und eine stetige Innovation sollen uns zu diesem Ziel führen.

Unser EndoProthetikZentrum sieht sich als Ansprechpartner für Patienten und niedergelassene Kolleginnen und Kollegen sowie als Partner für benachbarte Kliniken.

Wir arbeiten in enger Kooperation und kontinuierlichem Informationsaustausch mit den Radiologen, Anästhesisten, Strahlentherapeuten, Kardiologen, Gefäßmedizinern, Nuklearmedizinern, Pathologen und Hausärzten. Diese basiert auf den Indikations- und Komplikationsbesprechungen sowie ständigem persönlichen Kontakt und regelmäßigen Fortbildungsveranstaltungen.

Wir gestalten unsere Leistungen und Ergebnisse nach innen und außen transparent.

Wir betreiben gezielte Öffentlichkeitsarbeit und verstehen hiermit unser EndoProthetikZentrum als eine Einrichtung zu der sowohl die interessierte Bevölkerung wie auch die medizinischen Fachkreise Zugang haben.

Kooperation mit externen Partnern

Wir betreiben eine offene und stetige Informationspolitik und lassen unser Umfeld an den laufenden Entwicklungen teilhaben. Wir verstehen uns als Teil eines Netzwerkes und legen großen Wert darauf, zusätzliche Kooperationspartner in den Behandlungspfad zu integrieren.

Den niedergelassenen Ärzten sind wir durch gute Erreichbarkeit, zeitnahe Information, kontinuierliche Fortbildungsangebote sowie Kollegialität, Offenheit und Respekt bei der Kommunikation ein fairer Partner.

Auf dieser Basis sind wir alle gefordert, bei den immer enger werdenden Spielräumen, unsere Qualität aufrecht zu erhalten, auszubauen und die Versorgung unserer Patienten im Mittelpunkt unserer täglichen Arbeit zu sehen.

Als durch die DGOOC (EndoCert) zertifiziertes EndoProthetikZentrum gewährleisten wir die flächendeckende kompetente Versorgung von Patienten und die Anwendung der Leitlinien der Fachgesellschaften.

Im EndoProthetikZentrum wird durch die Intensivierung der interdisziplinären Zusammenarbeit der zuweisenden niedergelassenen Kollegen in Diagnostik, Therapie und Nachsorge die Qualität der Patientenversorgung kontinuierlich verbessert.

Das EndoProthetikZentrum ist grundsätzlich offen für die Kooperation mit weiteren Partnern, die an der Verbesserung und Weiterentwicklung der Versorgung von Patienten mitarbeiten wollen.

Im EndoProthetikZentrum wird der Patient bei der Entscheidungsfindung und Durchführung von Diagnostik und Therapie mit einbezogen und die aktive Mitarbeit des informierten Patienten angestrebt.

Qualifizierte physiotherapeutische Betreuung und soziale Beratung sind für uns wichtige Faktoren im Betreuungsprozess.

Im Rahmen fachbezogener Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte aber auch Informationsveranstaltungen für Patienten und Interessierte wird die Öffentlichkeitsarbeit mit qualifizierter Aufklärung über diagnostische und therapeutische Maßnahmen gewährleistet.

Regelmäßige Institutionalisierte Besprechungen und Fortbildungen unter Beteiligung der Partner und Zuweiser tragen zur Verbesserung der Behandlung unserer Patienten bei.

Daraus ergeben sich für das EndoProthetikZentrum folgende vorrangige Ziele:

1. Kontinuierliche Verbesserung der Qualität.
2. Qualitätsgestützte, leitliniengerechte Versorgung von Patienten durch ein interdisziplinär arbeitendes Expertenteam auf dem Gebiet der Diagnostik und Therapie.
3. Räumliche und zeitliche Abstimmung der erforderlichen Maßnahmen innerhalb der gesamten Behandlungskette auf den individuellen Patienten.
4. Kontinuierliche Weiterbildung aller Mitarbeiter.
5. Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärung für Patienten und Interessierte.
6. Mitwirkung am Endoprothesen Register Deutschland.
7. Schaffung von Patientensicherheit.
8. Einführung/ Zertifizierung Patienten-Blood-Management Januar 2021
9. Etablierung eines MVZ an der Ilmtalklinik am Standort Mainburg.

Für die Region Hallertau möchten wir mit unserem EndoProthetikZentrums Leiteinrichtung und Vorbild für die hochwertige, qualitätsgesicherte Versorgung der Patienten sein.

2. Bewertung des EndoProthetikZentrums (Kennzahlenbogen und Qualitätsindikatoren)

Auf den folgenden Seiten haben wir den aktuellen Status zur Umsetzung von Anforderungen und die Kennzahlen unseres EndoProthetikZentrums bewertet und Maßnahmen/Ziele definiert – folgende Themen haben wir hierbei berücksichtigt:

Thema EHB	Soll-Zustand / Kennzahlen Anforderung		Ist-Zustand des Zentrums	Bewertung der Leitung	Ziele 2022 Maßnahme / Empfehlung Verantwortung
2.1.1 + 2.2.3	Allgemeine Anforderungen (Leistungsspektrum/ Anzahl endoprothetischer Eingriffe) + Operateure	Jährl. 100 Primärversorgungen durch mind. 2 Hauptoperateure + 50 endoprothetische Eingriffe jährlich Hauptoperateur	<i>Gesamtfallzahl: in 2021</i> 256 <i>Name/Anzahl:</i> Hauptoperateur 1: Herr CA Dr. med. Thomas Pausch Anzahl 133 Hauptoperateur 2 Ltd. OA Dr. med. U. Franz Anzahl 115	Die Zuordnung der Operateure ist sehr gut erfüllt, die Umsetzung ist überaus zufriedenstellend.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich – die getroffenen Regelungen behalten ihre Gültigkeit, das Niveau soll beibehalten werden, eine Fallzahlsteigerung wäre wünschenswert. <u>Zuständig:</u> Dr. Pausch, Dr. Franz
2.2.3	Anforderungen an die Qualifikationen der Hauptoperateure	mit FA für Orthopädie mit FA für Chirurgie Schwerpunkt Unfallchirurgie Mit FA Chirurgie (alte WBO 2003) Mit FA Orthopädie und Unfallchir.	<i>Anzahl:</i> CA Dr. med. Thomas Pausch: FA Chir. (SP UCH) FA Orthopädie und Unfallchirurgie FA Chir. (WBO 2003) Ltd. OA Dr. med. Ulrich Franz FA Orthopädie und Unfallchirurgie Zusatzbezeichnung spezielle Unfallchirurgie	Anforderungen sind sehr gut erfüllt, die Umsetzung ist überaus zufriedenstellend.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich.
2.5.2	Indikationsbesprechung	100% der präoperativen Fälle müssen vorgestellt werden + schriftliche Therapieplanung	100% präoperative Vorstellung und schriftliche Therapieplanung	Anforderungen sind sehr gut erfüllt, die Umsetzung ist überaus zufriedenstellend.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich – die getroffenen Regelungen behalten ihre Gültigkeit, Niveau beibehalten.
2.5.3	Komplikationsbesprechung	Mind. 1x monatlich mit Nachweis	<i>Anzahl:</i> 12 gesamt in 2021	Erfüllt, die Umsetzung ist überaus zufriedenstellend.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich – die getroffenen Regelungen behalten ihre Gültigkeit, Niveau beibehalten.
2.6	Anforderungen an Wartezeiten für die Sprechstunde	Mind. 1x wöchentlich + Dokumentation & Auswertung der Wartezeiten (Empfehlung: 4 Wochen pro Jahr) < 60 Minuten Wartezeit während der Sprechstunde	<i>Anzahl:</i> 2 Sprechstunde / Woche 2015 – Range 0-60min., durchschnittliche Wartezeit 11min. 2016 – Range 0-25min., durchschnittliche Wartezeit 6min. 2017 – Range 0-35min., durchschnittliche Wartezeit 10min.	Anforderungen sind sehr gut erfüllt, die Umsetzung ist überaus zufriedenstellend.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich – die getroffenen Regelungen behalten ihre Gültigkeit, Niveau beibehalten.

Thema EHB	Soll-Zustand / Kennzahlen Anforderung		Ist-Zustand des Zentrums	Bewertung der Leitung	Ziele 2022 Maßnahme / Empfehlung Verantwortung
			<p>2018 – Range 0-25 min., durchschnittliche Wartezeit 11min.</p> <p>2019 - Range 0-20 min., durchschnittliche Wartezeit 7 min.</p> <p>2020 - Range 0-10 min., durchschnittliche Wartezeit 3 min.</p> <p>2021 – Range 0 – 35 min., durchschnittliche Wartezeit 12 min.</p>		
2.7.1	Anforderungen an die Kooperation mit niedergelassenen Ärzten	Mind. alle 3 Jahre Einweiserbefragung durchführen, auswerten, analysieren und besprechen	<p>Die Zuweiserbefragung wurde im Oktober/November 2016 durchgeführt.</p> <p>Versickte Bögen: 101 Rücklaufquote: 10 % Bewertungsdurchschnitt: 1,5</p> <p>Die Zuweiserbefragung wurde im Juli/ August 2019 durchgeführt.</p> <p>Versickte Bögen: 58 Rücklaufquote: 10 % Bewertungsdurchschnitt: 1,6</p> <p>In 2021 Persönlicher Besuch von den beiden HO bei niedergelassen Orthopäden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orthopädische Praxis Dr. Braun/ Dr. Brusdeilins, Hr. Kufner, Pfaffenhofen • MVZ Ilmtalkliniken • Dr. Bardenheuer, Freising • Dr. Preiß, Abensberg <p>Rücklaufquote 100 % aufgrund persönlichem Gespräch.</p>	Anforderungen sind sehr gut erfüllt, die Umsetzung ist überaus zufriedenstellend.	<p>Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich – die getroffenen Regelungen behalten ihre Gültigkeit, Niveau beibehalten.</p> <p>Die nächste Einweiserbefragung in 2022, ggf. mit persönlichem Besuch der Einweiser. Zuständig: Dr. Pausch, Dr. Franz</p> <p>Das Procedere der Befragung (Bogen und Umsetzung) soll weiterhin über die QM-Abteilung erfolgen.</p> <p>Qualitätszirkel mit den Niedergelassenen in Abhängigkeit der Corona-Situation in 2022 geplant.</p>
2.8	Weiterbildung, Fortbildung	Qualifizierungsplan für 1 Jahreszeitraum prospektiv erstellen	<input checked="" type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	Anforderungen sind sehr gut erfüllt, die Umsetzung ist überaus zufriedenstellend.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich – die getroffenen Regelungen behalten ihre Gültigkeit, Niveau beibehalten.
2.8	Weiterbildung, Fortbildung	mindestens 2 Jahre Weiterbildungsbefugnis im Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie außerhalb des Common Trunk oder 2 Jahre Weiterbildungsbefugnis Spezielle Orthopädische Chirurgie	<p><i>WB in Jahren:</i> 36 Monate für Orthopädie/ Unfallchirurgie und 24 Monate Common Trunk</p> <p>Aufgrund der nur noch chefärztlichen Leitung am Standort Mainburg: 24 Monate für Orthopädie/ Unfallchirurgie 24 Monate Common Trunk</p>	Liegt vor.	Keine Maßnahmen erforderlich.
3.1.1	Überprüfung der Behandlungspfade	Mind. 1x jährlich	Anzahl: 1 / Jahr <input checked="" type="checkbox"/> erfolgt	Anforderungen sind sehr gut erfüllt, die Umsetzung ist überaus zufriedenstellend.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich – die getroffenen Regelungen behalten ihre Gültigkeit,

Thema EHB	Soll-Zustand / Kennzahlen Anforderung		Ist-Zustand des Zentrums	Bewertung der Leitung	Ziele 2022 Maßnahme / Empfehlung Verantwortung
+ 3.1.2	Primärendoprothetik auf Machbarkeit		<input type="checkbox"/> nicht erfolgt		Niveau beibehalten. Die Überprüfung erfolgt min. 1 x jährlich durch den Koordinator und den QMB des EPZ.
3.1.5 / 4.1.1	Patientenkommunikation/ Auswertung Patientenbefragung	mind. 1x pro Jahr (über mind. 4 Wochen) + protokollierte Auswertung	Intervall: Kontinuierliche Befragung Die aktuelle Rücklaufquote (Befragung 01.01.-29.11.2016) bei 188 Patienten: 27,7 % 2017: Rücklaufquote 27% 2018: Rücklaufquote 26% 2019: Rücklaufquote 45% 2020: Rücklaufquote 50 % 2021: Rücklaufquote 44 %	Anforderungen sind sehr gut erfüllt, die Umsetzung der Befragung und Auswertung ist überaus zufriedenstellend.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich – die getroffenen Regelungen behalten ihre Gültigkeit, Niveau beibehalten. <u>Zuständig:</u> Station -> weiterhin Abschlussgespräch mit Augenmerk auf Bewertungsbogen.
3.1.5	Veranstaltungen für Patienten (Informationsveranstaltungen)	Mind. 1x jährlich	<i>Anzahl:</i> Mind. 1 Patientenveranstaltungen / Jahr Veranstaltungen 2017: Patientenschule Thema Endoprothetik, Dr. Pausch und Dr. Mayer. Termine 2017: 03.04.2017, 12.06.2017, 04.09.2017, 04.12.2017. Termine 2018: 05.03.2018, 04.06.2018, 05.11.2018 Termine 2019: 04.03.2019, 08.07.2019, 03.12.2019 03.12.2019 (in Pfaffenhofen) Termine 2020: 02.03.2020 Aufgrund der Corona-Situation wurde der „Tag der offenen Tür“ in Mainburg storniert, sowie auch die Patientenschule. Planung und Umsetzung der Patientenschule 2021 in Abhängigkeit von der Entwicklung der Corona-Situation Patientenschule Endoprothetik in 2021: 16.08.2021 und 13.09.2021	Anforderungen sind sehr gut erfüllt, die Umsetzung ist überaus zufriedenstellend.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich – die getroffene Umsetzung soll Gültigkeit behalten, Niveau beibehalten. <u>Zuständig:</u> Dr. Pausch, Dr. Franz
3.2.1.1	Sicherstellung konventionelles Röntgen	Für 100% der Patienten	100 %	Anforderungen sind sehr gut erfüllt, die Umsetzung ist überaus zufriedenstellend.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich – die getroffenen Regelungen behalten ihre Gültigkeit, Niveau beibehalten.
3.2.1.2	Sicherstellung	Für 100% der Patienten, falls	100 %	Anforderungen sind sehr gut erfüllt, die	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich – die

Thema EHB	Soll-Zustand / Kennzahlen Anforderung		Ist-Zustand des Zentrums	Bewertung der Leitung	Ziele 2022 Maßnahme / Empfehlung Verantwortung
	Schnittbildverfahren MRT	indiziert		Umsetzung ist überaus zufriedenstellend.	getroffenen Regelungen behalten ihre Gültigkeit, Niveau beibehalten.
3.2.2	Anästhesie			Hier arbeiten wir mit einem Partner zusammen, der die Anforderungen gut umsetzt.	Aktuell keine weitere Maßnahmen geplant.
3.2.3	Bestrahlungsmöglichkeit zur Ossifikationsprophylaxe			Hier arbeiten wir mit einem Partner zusammen, der die Anforderungen sehr gut umsetzt.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich, die Zusammenarbeit soll auf diesem Niveau beibehalten werden.
3.2.4	Innere Medizin - Kardiologie			Hier arbeiten wir mit einem Partner zusammen, der die Anforderungen sehr gut umsetzt.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich, die Zusammenarbeit soll auf diesem Niveau beibehalten werden.
3.2.5	Gefäßchirurgie			Hier arbeiten wir mit einem Partner zusammen, der die Anforderungen sehr gut umsetzt.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich, die Zusammenarbeit soll auf diesem Niveau beibehalten werden.
3.2.6	Nuklearmedizin			Hier arbeiten wir mit einem Partner zusammen, der die Anforderungen sehr gut umsetzt.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich, die Zusammenarbeit soll auf diesem Niveau beibehalten werden.
3.2.8	Pathologie			Hier arbeiten wir mit einem Partner zusammen, der die Anforderungen sehr gut umsetzt.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich, die Zusammenarbeit soll auf diesem Niveau beibehalten werden.
3.2.8	Physiotherapie:	Kooperation mit Physiopraxis Reiser zum 30.06.2019. Ab 01.07.2019 Abteilung Physiotherapie innerhalb der Ilmtalklinik, Ärztlicher Leiter Dr.med. Thomas Pausch		Die Anforderungen werden sehr gut umgesetzt.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich, die Zusammenarbeit soll auf diesem Niveau beibehalten werden.
3.2.9	Sozialdienst			Hier arbeiten wir mit einem Partner zusammen, der die Anforderungen sehr gut umsetzt.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich, die Zusammenarbeit soll auf diesem Niveau beibehalten werden.
3.2.11	Sanitätshaus			Hier arbeiten wir mit Partnern zusammen, die die Anforderungen sehr gut umsetzen.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich, die Zusammenarbeit soll auf diesem Niveau beibehalten werden.
3.2.12	Implantathersteller			Hier arbeiten wir mit Partnern zusammen, die die Anforderungen sehr gut umsetzen.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich, die Zusammenarbeit mit den Herstellern soll auf diesem Niveau beibehalten werden.
3.2.13	Logistik			Die Anforderungen werden sehr gut durch die Mitarbeiter des OPs umgesetzt.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich, die Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern des OPs soll auf diesem Niveau beibehalten werden.
3.2.14	Gesetzliche Anforderungen			Anforderungen des Gesetzgebers sind sehr gut erfüllt, die Umsetzung ist überaus zufriedenstellend.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich, Niveau beibehalten.

Datenerfassung vom 01.01.2021 bis 31.12.2021

Anzahl der elektiven Primärendoprotheseneingriffe Hüfte:	102
Anzahl der Wechsel-(Revisions)-Ops Hüfte:	13
Anzahl periprothetischer Frakturversorgung Hüfte (Anzahl der TEP-Wechsel ohne Osteosynthese:	5
Anzahl der Frakturoendoprothetik Hüfte (inkl. Notfälle): (=“Frakturoendoprothetik i.e.S.“)	37
Anzahl der Hemiprothesen bei Frakturoendoprothetik Hüfte	29
Anzahl Tumorendoprothetik Hüfte:	0
Anzahl endoprothetischer Eingriffe Hüfte gesamt:	157

Qualitätsindikatoren Hüfte	Messzeitpunkt	Sollergebnis	Zähler	Nenner	Quote Zentrum	Bewertung	Ziele 2020 Maßnahme / Empfehlung Verantwortung
Röntgen Hüfte	prä-op	100%	157	157	100,0 %	Anforderungen sind erfüllt.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich.
	post-op	100% Falldokumentation – Darstellung im Audit	157	157	100,0 %	Anforderungen sind erfüllt.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich.
Präoperativ schablonengestützte Prothesenplanung (Primärendoprothetik)	prä-op	100%	102	102	100,0 %	Anforderungen sind erfüllt.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich.
Präoperative schablonengestützte Prothesenplanung (Wechseleingriff)	prä-op	100 % Falldokumentation – Darstellung im Audit	12	18	66,67 %	Wertbegründung: 6x nur Wechsel von mobilen Teilen, bzw. Kopf, Halsteil	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich. Bei Inlaywechsel bringt eine Planung keinen Mehrwert.
Präoperative schablonengestützte Prothesenplanung	prä-op	100 %	37	37	100,0 %	Anforderungen sind erfüllt.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich.

Qualitätsindikatoren Hüfte	Messzeitpunkt	Sollergebnis	Zähler	Nenner	Quote Zentrum	Bewertung	Ziele 2020 Maßnahme / Empfehlung Verantwortung
(Frakturendoprothetik i.e.S.)							
Schnitt Naht-Zeit (Primärendoprothetik)	Stationärer Aufenthalt	< 5 % der Patienten weisen eine Operationsdauer von < 40 min. oder > 100 min. auf.	7	102	6,86 %	Anforderung sind erfüllt (im Rahmen des Audit am 10.03.2022).	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich. Kurze OP-Zeiten werden nicht als negativ ausgelegt.
Schnitt-Naht-Zeit (Frakturendoprothetik i.e.S.)	Stationärer Aufenthalt	< 5 % der Patienten weisen Operationsdauer von < 40 min. oder > 100 min. auf.	0	37	0,00 %	Anforderungen sind erfüllt.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich. Kurze OP-Zeiten werden nicht als negativ ausgelegt.
Periprothetische Infektion (Primärendoprothetik)**	Stationärer Aufenthalt einschließlich Zeitraum bis 90 Tage nach Index-OP	< 3 % (bezogen auf Primärendoprothetik)	2	102	1,96 %	Anforderungen erfüllt.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich. Prinzipiell wird versucht jeden Infekt zu vermeiden.
Periprothetische Infektion (Wechseleingriff)**	Stationärer Aufenthalt einschließlich Zeitraum bis 90 Tage nach Index-OP	Falldokumentation – Darstellung im Audit	2	18		Anforderung sind erfüllt (im Rahmen des Audit am 10.03.2022).	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich. Prinzipiell wird versucht jeden Infekt zu vermeiden.
Periprothetische Infektion (Frakturendoprothetik i.e.S.)**	Stationärer Aufenthalt einschließlich Zeitraum bis 90 Tage nach Index-OP	< 4 % (bezogen auf Frakturendoprothetik i.e.S.)	1	37	2,70 %	Anforderungen sind erfüllt.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich. Prinzipiell wird versucht jeden Infekt zu vermeiden.
Patienten mit Hüftluxation (Primärendoprothetik)**	Stationärer Aufenthalt	< 4% (bezogen auf Primärendoprothetik i.e.S.)	0	102	0,00 %		Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich.
	90 Tage nach Index-OP	< 4% (bezogen auf Primärendoprothetik i.e.S.)	4	102	3,92 %	Anforderung sind erfüllt (im Rahmen des Audit am 10.03.2022).	
Patienten mit Hüftluxation (Wechseleingriff)**	Stationärer Aufenthalt	Falldokumentation – Darstellung im Audit	0	18		Anforderungen sind erfüllt.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich.
	90 Tage nach OP-Index	Falldokumentation – Darstellung im Audit	0	18			

Qualitätsindikatoren Hüfte	Messzeitpunkt	Sollergebnis	Zähler	Nenner	Quote Zentrum	Bewertung	Ziele 2020 Maßnahme / Empfehlung Verantwortung
Patienten mit Hüftluxation (Frakturendoprothetik i.e.S.)	Stationärer Aufenthalt	Falldokumentation – Darstellung im Audit	0	37		Wertbegründung: Anforderung sind erfüllt (im Rahmen des Audit am 10.03.2022).	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich.
	90 Tage nach OP-Index	Falldokumentation – Darstellung im Audit	2	37			
Pfanneninklination im Röntgenbild (Primärendoprothetik)	Stationärer Aufenthalt	< 5% über 50° Inklination (postop)	4	102	3,92 %	Anforderung sind erfüllt (im Rahmen des Audit am 10.03.2022).	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich. Auf Einhaltung der korrekten Inklinationswinkel wird auch zukünftig geachtet.
Pfanneninklination im Röntgenbild (Eingriff mit Wechsel der Pfannenkomponente)	Stationärer Aufenthalt	Falldokumentation der Patienten über 50° Inklination (postoperativ) (Anforderung: Inklination unter 50° (postoperativ))	0	0		Anforderungen sind erfüllt.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich.
Pfanneninklination im Röntgenbild (Versorgung mit einer TEP bei Frakturendoprothetik i.e. S.)	Stationärer Aufenthalt	Falldokumentation der Patienten über 50° Inklination (postoperativ) (Anforderung: Inklination unter 50° (postoperativ))	1	8		Anforderungen sind erfüllt.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich. Auf Einhaltung der korrekten Inklinationswinkel wird auch zukünftig geachtet.
Anzahl aufgetretener Trochanterabrisse (Primärendoprothetik)**	Stationärer Aufenthalt	< 3 % (bezogen auf Primärendoprothetik)	1	102	0,98 %	Anforderungen sind erfüllt.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich.
	90 Tage nach OP-Index	< 3 % (bezogen auf Primärendoprothetik)	1	102	0,98 %		
Anzahl aufgetretener Trochanterabrisse (Wechseleingriff)**	Stationärer Aufenthalt	Falldokumentation – Darstellung im Audit	0	18		Anforderungen sind erfüllt.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich.
	90 Tage nach OP-Index	Falldokumentation – Darstellung im Audit	0	18			
Anzahl periprothetischer	Stationärer Aufenthalt	< 2 % (bezogen auf Primärendoprothetik)	0	102	0,00 %	Anforderungen sind erfüllt.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen

Qualitätsindikatoren Hüfte	Messzeitpunkt	Sollergebnis	Zähler	Nenner	Quote Zentrum	Bewertung	Ziele 2020 Maßnahme / Empfehlung Verantwortung
Fissuren und/ oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (Primärendoprothetik) **	90 Tage nach OP-Index	< 2 % (bezogen auf Primärendoprothetik)	1	102	0,98 %	Anforderung sind erfüllt (im Rahmen des Audit am 10.03.2022).	erforderlich.
Anzahl periprothetischer Fissuren und/ oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (Wechseleingriff)**	Stationärer Aufenthalt	Falldokumentation – Darstellung im Audit	1	18		Anforderung sind erfüllt (im Rahmen des Audit am 10.03.2022).	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich.
	90 Tage nach OP-Index	Falldokumentation – Darstellung im Audit	1	18			
Anzahl periprothetischer Fissuren und/ oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (Frakturendoprothetik i.e.S.)**	Stationärer Aufenthalt	Falldokumentation – Darstellung im Audit	0	37		Anforderungen erfüllt.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich.
	90 Tage nach OP-Index	Falldokumentation – Darstellung im Audit	0	37			
Rate an Re-Interventionen aufgrund operativer behandlungsbedürftiger Probleme	Stationärer Aufenthalt	Falldokumentation – Darstellung im Audit	2	157		Anforderung sind erfüllt (im Rahmen des Audit am 10.03.2022).	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich. Re-Intervention sollten prinzipiell vermieden werden, dies ist jedoch abhängig von der zugrundeliegenden Komplikation.
	90 Tage nach Index-OP	Falldokumentation – Darstellung im Audit	0	157			

Qualitätsindikatoren Hüfte	Messzeitpunkt	Sollergebnis	Zähler	Nenner	Quote Zentrum	Bewertung	Ziele 2020 Maßnahme / Empfehlung Verantwortung
Thrombose / Embolie	Stationärer Aufenthalt	Falldokumentation – Darstellung im Audit	0	157		Anforderungen sind erfüllt.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich.
	90 Tage nach OP-Index	Falldokumentation – Darstellung im Audit	0	157			
Sterblichkeit (Primärendoprothetik)	Stationärer Aufenthalt	Falldokumentation – Darstellung im Audit	0	102		Anforderungen sind erfüllt.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich.
	90 Tage nach OP-Index	Falldokumentation – Darstellung im Audit	0	102			
Sterblichkeit (Wechseleingriff)	Stationärer Aufenthalt	Falldokumentation – Darstellung im Audit	0	18		Anforderungen sind erfüllt.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich.
	90 Tage nach OP-Index	Falldokumentation – Darstellung im Audit	0	18			
Sterblichkeit (Frakturothetik i.e.S.)	Stationärer Aufenthalt	Falldokumentation – Darstellung im Audit	1	37		Anforderung sind erfüllt (im Rahmen des Audit am 10.03.2022)	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich.
	90 Tage nach Op-Index	Falldokumentation – Darstellung im Audit	0	37			
Neurolog. Komplikationen (Primärendoprothetik)	Stationärer Aufenthalt	Falldokumentation – Darstellung im Audit	0	102		Anforderungen sind erfüllt.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich.
	90 Tage nach OP-Index	Falldokumentation – Darstellung im Audi	0	102			
Neurolog. Komplikationen (Wechseleingriffe)	Stationärer Aufenthalt	Falldokumentation – Darstellung im Audit	0	18		Anforderungen sind erfüllt.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich.
	90 Tage nach OP-Index	Falldokumentation – Darstellung im Audit	0	18			
Neurolog. Komplikationen (Frakturothetik i.e.S.)	Stationärer Aufenthalt	Falldokumentation – Darstellung im Audit	0	37		Anforderungen sind erfüllt.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich.
	90 Tage nach OP-Index	Falldokumentation – Darstellung im Audit	0	37			
Patient Reported Outcome Measures (PROMs) (Primärendoprothetik)	(# prä-op, Kennzahlenvorjahr&)	Rücklaufquote				Wird nicht erhoben.	
	(#3 oder 12 Monate Kennzahlenvorjahr post-op)						

Qualitätsindikatoren Hüfte	Messzeitpunkt	Sollergebnis	Zähler	Nenner	Quote Zentrum	Bewertung	Ziele 2020 Maßnahme / Empfehlung Verantwortung
Patient Reported Outcome Measures (PROMs) (Primärendoprothetik)	(# prä-op, Kennzahlenvorjahr&)	Rücklaufquote				Wird nicht erhoben.	
	(#3 oder 12 Monate Kennzahlenvorjahr post-op)						

Datenerfassung vom 01.01.2021 bis 31.12.2021

Anzahl der elektiven Primärendoprotheseneingriffe Knie:	88
Anzahl der Wechsel-(Revisions)-Ops Knie:	5
Anzahl periprothetische Frakturversorgung Knie (Anzahl der TEP-Wechsel ohne Osteosynthese):	0
Anzahl der Frakturoendoprothetik Knie (inkl. Notfälle): (=“Frakturoendoprothetik i.e.S.“)	0
Anzahl Tumorendoprothetik Knie:	0
Anzahl endoprothetischer Eingriffe Knie gesamt:	93

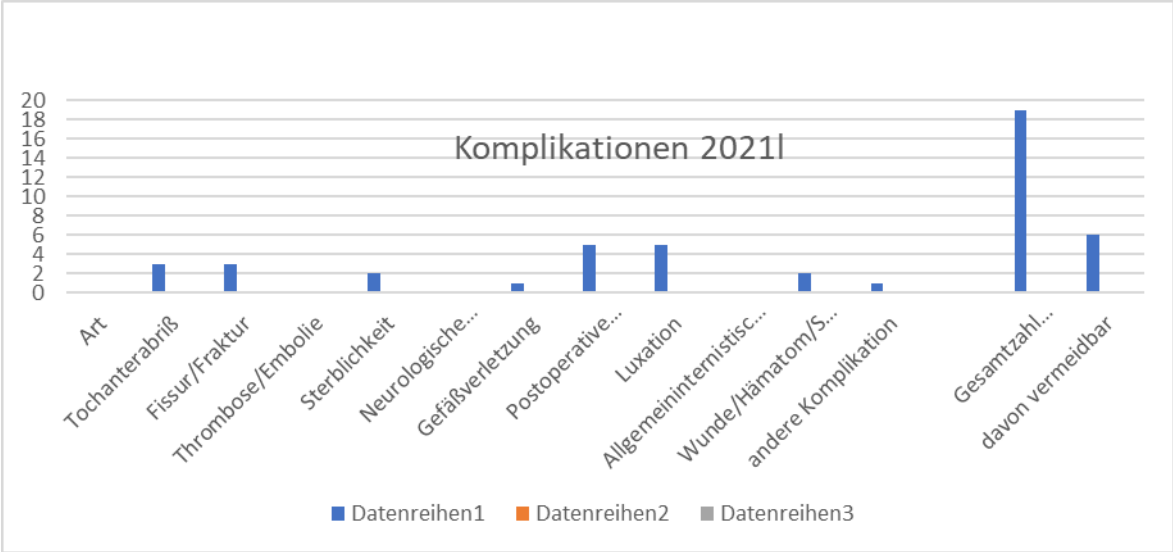
Qualitätsindikatoren Knie	Messzeitpunkt	Sollergebnis	Zähler	Nenner	Quote Zentrum	Bewertung	Ziele 2018 Maßnahme / Empfehlung Verantwortung
Röntgen Knie	prä-op	100%	93	93	100,0 %	Anforderungen sind erfüllt.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen.
	Postoperativ	100% Falldokumentation – Darstellung im Audit	93	93	100,0 %		
Ganzbeinaufnahmen oder Navigation	prä-/intra-op (dokumentiert)	100%	90	93	95,70 %	Anforderung sind erfüllt (im Rahmen des Audit am 10.03.2022).	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich.
Achsbestimmung	Postoperativ	100% Falldokumentation – Darstellung im Audit	89	93	94,62 %	Anforderung sind erfüllt (im Rahmen des Audit am 10.03.2022).	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich. Prinzipiell wird die Ganzbeinstandaufnahme bei jedem Patienten angestrebt.
Präoperative Prothesenplanung (Primärendoprothetik)	prä-op	100%	84	88	92,05 %	Anforderung sind erfüllt (im Rahmen des Audit am 10.03.2022).	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich.
Präoperative Prothesenplanung (Wechseleingriff)	prä-op	100% Falldokumentation – Darstellung im Audit	5	5	100 %	Anforderungen sind erfüllt.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich.
Präoperative Prothesenplanung (Frakturoendoprothetik i.e.S.)	prä-op	100%	0	0	-	Anforderungen sind erfüllt.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich.
Schnitt-Naht-Zeit	Stationärer	< 5% der Patienten	0	88	0,00 %	Anforderungen sind erfüllt.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen

Qualitätsindikatoren Knie	Messzeitpunkt	Sollergebnis	Zähler	Nenner	Quote Zentrum	Bewertung	Ziele 2018 Maßnahme / Empfehlung Verantwortung
(Primärendoprothetik)	Aufenthalt	weisen eine Operationsdauer von < 40 min. oder > 120 min. auf					erforderlich.
Periprothetische Infektion (Primärendoprothetik)**	Stationärer Aufenthalt einschließlich Zeitraum bis 90 Tage nach Index-OP	< 3% (bezogen auf Primärendoprothetik)	1	88	1,14 %	Anforderungen sind erfüllt.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich.
Periprothetische Infektion (Wechseleingriff)**	Stationärer Aufenthalt einschließlich Zeitraum bis 90 Tage nach Index-OP	Falldokumentation – Darstellung im Audit	0	5		Anforderungen sind erfüllt	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich.
Periprothetische Infektion (Fraktürendoprothetik i.e.S.)**	Stationärer Aufenthalt einschließlich Zeitraum bis 90 Tage nach Index-OP	< 3% (bezogen auf Primärendoprothetik)	0	0	-	Anforderungen sind erfüllt.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich.
Tragachsenwinkel (Primärendoprothetik)	Stationärer Aufenthalt	Falldokumentation der Patienten mit > +/- 3° Abweichung	79	88		Anforderung sind erfüllt (im Rahmen des Audit am 10.03.2022).	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich.
Tragachsenwinkel (Wechseleingriff)	Stationärer Aufenthalt	Falldokumentation der Patienten mit > +/- 3° Abweichung	4	5		Anforderung sind erfüllt (im Rahmen des Audit am 10.03.2022).	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich.
Anzahl periprothetischer Fissuren und /oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (Primärendoprothetik)**	Stationärer Aufenthalt	< 2 % (bezogen auf Primärendoprothetik)	0	88	0,00 %	Anforderungen sind erfüllt.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich.
	90 Tage nach Index-OP	< 2 % (bezogen auf Primärendoprothetik)	0	88	0,00 %		

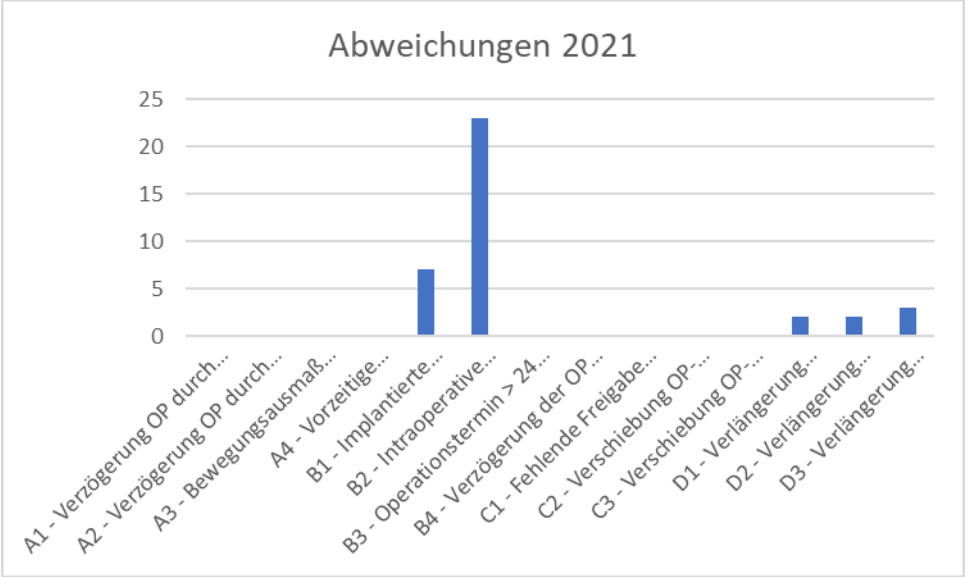
Qualitätsindikatoren Knie	Messzeitpunkt	Sollergebnis	Zähler	Nenner	Quote Zentrum	Bewertung	Ziele 2018 Maßnahme / Empfehlung Verantwortung
Anzahl periprothetischer Fissuren und /oder Frakturen mit Bedarf einer osteosynthetischen Versorgung oder erforderliche Modifikation des Nachbehandlungsprotokolls (Wechseleingriff)**	Stationärer Aufenthalt	Falldokumentation – Darstellung im Audit	0	5		Anforderungen sind erfüllt.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich.
	90 Tage nach OP-Index	Falldokumentation – Darstellung im Audit	0	5			
Rate an Re-Interventionen aufgrund operativ behandlungsbedürftiger Probleme	Stationärer Aufenthalt	Falldokumentation – Darstellung im Audit	1	93		Anforderung sind erfüllt (im Rahmen des Audit am 10.03.2022).	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich.
	90 Tage nach OP-Index	Falldokumentation – Darstellung im Audit	0	93			
Thrombose / Embolie	Stationärer Aufenthalt	Falldokumentation – Darstellung im Audit	0	93		Anforderung sind erfüllt.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich.
	90 Tage nach OP-Index	Falldokumentation – Darstellung im Audit	0	93			
Sterblichkeit (Primärendoprothetik)	Stationärer Aufenthalt	Falldokumentation – Darstellung im Audit	0	88		Anforderungen sind erfüllt.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich.
	90 Tage OP-Index	Falldokumentation – Darstellung im Audit	0	88			
Sterblichkeit (Wechseleingriff)	Stationärer Aufenthalt	Falldokumentation – Darstellung im Audit	1	5		Anforderung sind erfüllt (im Rahmen des Audit am 10.03.2022).	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich.
	90 Tage OP-Index	Falldokumentation – Darstellung im Audit	0	5			
Sterblichkeit (Fraktürendoprothetik i.e.S.)	Stationärer Aufenthalt	Falldokumentation – Darstellung im Audit	0	0		Anforderungen sind erfüllt.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich.
	90 Tage OP-Index	Falldokumentation – Darstellung im Audit	0	0			
Neurologische Komplikationen (Primärendoprothetik)	Stationärer Aufenthalt	Falldokumentation – Darstellung im Audit	0	88		Anforderungen sind erfüllt.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich.
	90 Tage nach OP-Index	Falldokumentation – Darstellung im Audit	0	88			

Qualitätsindikatoren Knie	Messzeitpunkt	Sollergebnis	Zähler	Nenner	Quote Zentrum	Bewertung	Ziele 2018 Maßnahme / Empfehlung Verantwortung
Neurologische Komplikationen (Wechseleingriff)	Stationärer Aufenthalt	Falldokumentation – Darstellung im Audit	0	5		Anforderungen sind erfüllt.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich.
	90 Tage nach OP-Index	Falldokumentation – Darstellung im Audit	0	5			
Neurologische Komplikationen (Frakturoendoprothetik i.e.S.)**	Stationärer Aufenthalt	Falldokumentation – Darstellung im Audit	0	0		Anforderungen sind erfüllt.	Aktuell keine weiteren Maßnahmen erforderlich.
	90 Tage nach OP- Index	Falldokumentation – Darstellung im Audit	0	0			
Patient Reported Outcome Measures (PROMs) (Primär- Endoprothesen)	(# prä-op, Kennzahlen- vorjahr &)	Rücklaufquote				Wird nicht erhoben.	
	(# 3 oder 12 Monate Kenn- zahlenvorjahr post-op)						
Patient Reported Outcome Measures (PROMs) (Wechseleingriff)	(# prä-op, Kennzahlen- vorjahr &)	Rücklaufquote				Wird nicht erhoben.	
	(# 3 oder 12 Monate Kenn- zahlenvorjahr post-op)						

Komplikationsstatistik:



Abweichungsstatistik:



3. Empfehlungen für Verbesserungen

Folgende besonderen Verbesserungen werden wir in den nächsten 12 Monaten anstreben:

- Steigerung der Fallzahlen in 2022
- Ausbau der Öffentlichkeitsarbeit
- Vertiefung der ständigen Verbesserung in allen Bereichen
- Stärkung des MVZ am Standort Mainburg (seit 01.01.2020) mit:
 - Ambulante Nachbehandlungsmöglichkeit der TEP-Patienten
 - Ausdehnung der ambulanten Nachbehandlung im Rahmen des MVZ

Hierzu bitten wir alle Beteiligten um Unterstützung und aktive Mitarbeit. Gerne können Ideen jederzeit an die Leitung Herrn CA Dr. Pausch herangetragen werden.

4. Zusammenfassung

Die Aufrechterhaltung unseres EndoProthetikZentrums ist für uns ein wichtiges Anliegen, da die Implantation von Endoprothesen an der Ilmtalklinik Mainburg schon seit 2007 einen klinischen Schwerpunkt darstellt.

Mit der bestandenen Zertifizierung am 12. + 13.11.2015 durch die DGOOC (EndoCert) haben wir den Startpunkt für unser zertifiziertes EndoProthetikZentrum gesetzt.

Das letzte Überwachungsaudit erfolgte am 07.02.2020.
Offsite-Prüfung in 2021.

Die weitere ständige Verbesserung und Erhöhung der Patientenzufriedenheit und der Behandlungsqualität ist der wichtigste Fokus für die nächsten Jahre.

Ausgehend von unseren Zielen und unter Berücksichtigung der strukturellen Entwicklungen der regionalen Situation und des Gesundheitswesens sehen wir große Chancen, unser EndoProthetikZentrum für die Zukunft strategisch zu positionieren.

Wir bedanken uns bei allen Mitarbeitern für das Engagement.

Mainburg, _____

Peter Lenz
Geschäftsführer

CA Dr. med. Thomas Pausch
Leiter des Zentrums

Ltd. OA Dr. med. Ulrich Franz
Koordinator des Zentrums

Agnes Riedl
QMB des Zentrums