

2018

Strukturierter Qualitätsbericht

Gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018

Johanniter-Krankenhaus Genthin-Stendal GmbH



Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Vorwort | 1 |
| Einleitung | 2 |
| A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts | 4 |
| A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses | 4 |
| A-1.1 Leitung des Krankenhauses/Standorts | 4 |
| 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 | 5 |
| A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses | 7 |
| A-7 Aspekte der Barrierefreiheit | 7 |
| A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses | 8 |
| A-8.1 Forschung und akademische Lehre | 8 |
| A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen | 8 |
| A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus | 9 |
| A-10 Gesamtfallzahlen | 9 |
| A-11 Personal des Krankenhauses | 9 |
| A-11.1 Ärzte und Ärztinnen | 9 |
| A-11.2 Pflegepersonal | 10 |
| A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal | 12 |
| A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung | 14 |
| A-12.1 Qualitätsmanagement | 14 |
| A-12.2 Klinisches Risikomanagement | 14 |
| A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte | 17 |
| A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement | 23 |
| A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) | 23 |
| A-13 Besondere apparative Ausstattung | 25 |
| B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen | 26 |
| B-[1] Innere Medizin/ Schwerpunkt Gastroenterologie | 26 |
| B-[1].1 Name | 26 |
| B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel | 26 |
| B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes | 26 |

Qualitätsbericht 2018

| | | |
|------------|---|----|
| B-[1].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 26 |
| B-[1].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 26 |
| B-[1].4 | Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung | 27 |
| B-[1].5 | Fallzahlen der Fachabteilung "Innere Medizin/ Schwerpunkt Gastroenterologie" | 27 |
| B-[1].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 27 |
| B-[1].6.1 | Hauptdiagnosen 3-stellig | 27 |
| B-[1].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 28 |
| B-[1].7.1 | OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe | 28 |
| B-[1].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 28 |
| B-[1].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 28 |
| B-[1].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 29 |
| B-[1].11 | Personelle Ausstattung | 29 |
| B-[1].11.1 | Ärzte und Ärztinnen | 29 |
| B-[1].11.2 | Pflegepersonal | 29 |
| B-[2] | Innere Medizin/ Schwerpunkt Hämatologie-Onkologie | 32 |
| B-[2].1 | Name | 32 |
| B-[2].1.1 | Fachabteilungsschlüssel | 32 |
| B-[2].1.2 | Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes | 32 |
| B-[2].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 32 |
| B-[2].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 33 |
| B-[2].4 | Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung | 33 |
| B-[2].5 | Fallzahlen der Fachabteilung "Innere Medizin/ Schwerpunkt Hämatologie-Onkologie" | 33 |
| B-[2].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 33 |
| B-[2].6.1 | Hauptdiagnosen 3-stellig | 33 |
| B-[2].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 34 |
| B-[2].7.1 | OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe | 34 |
| B-[2].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 34 |
| B-[2].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 35 |
| B-[2].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 35 |
| B-[2].11 | Personelle Ausstattung | 35 |
| B-[2].11.1 | Ärzte und Ärztinnen | 35 |
| B-[2].11.2 | Pflegepersonal | 36 |

Qualitätsbericht 2018

| | | |
|------------|---|----|
| B-[3] | Innere Medizin/ Schwerpunkt Geriatrie | 38 |
| B-[3].1 | Name | 38 |
| B-[3].1.1 | Fachabteilungsschlüssel | 38 |
| B-[3].1.2 | Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes | 38 |
| B-[3].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 38 |
| B-[3].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 38 |
| B-[3].4 | Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung | 39 |
| B-[3].5 | Fallzahlen der Fachabteilung "Innere Medizin/ Schwerpunkt Geriatrie" | 39 |
| B-[3].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 39 |
| B-[3].6.1 | Hauptdiagnosen 3-stellig | 39 |
| B-[3].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 40 |
| B-[3].7.1 | OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe | 40 |
| B-[3].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 40 |
| B-[3].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 40 |
| B-[3].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 40 |
| B-[3].11 | Personelle Ausstattung | 41 |
| B-[3].11.1 | Ärzte und Ärztinnen | 41 |
| B-[3].11.2 | Pflegepersonal | 41 |
| B-[4] | Innere Medizin/ Schwerpunkt Palliativmedizin | 44 |
| B-[4].1 | Name | 44 |
| B-[4].1.1 | Fachabteilungsschlüssel | 44 |
| B-[4].1.2 | Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes | 44 |
| B-[4].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 44 |
| B-[4].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 45 |
| B-[4].4 | Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung | 45 |
| B-[4].5 | Fallzahlen der Fachabteilung "Innere Medizin/ Schwerpunkt Palliativmedizin" | 45 |
| B-[4].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 45 |
| B-[4].6.1 | Hauptdiagnosen 3-stellig | 45 |
| B-[4].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 45 |
| B-[4].7.1 | OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe | 45 |
| B-[4].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 46 |
| B-[4].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 46 |
| B-[4].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 46 |

Qualitätsbericht 2018

| | | |
|------------|---|----|
| B-[4].11 | Personelle Ausstattung | 46 |
| B-[4].11.1 | Ärzte und Ärztinnen | 46 |
| B-[4].11.2 | Pflegepersonal | 47 |
| B-[5] | Innere Medizin/ Schwerpunkt Rheumatologie | 49 |
| B-[5].1 | Name | 49 |
| B-[5].1.1 | Fachabteilungsschlüssel | 49 |
| B-[5].1.2 | Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes | 49 |
| B-[5].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 50 |
| B-[5].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 50 |
| B-[5].4 | Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung | 50 |
| B-[5].5 | Fallzahlen der Fachabteilung "Innere Medizin/ Schwerpunkt Rheumatologie" | 50 |
| B-[5].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 50 |
| B-[5].6.1 | Hauptdiagnosen 3-stellig | 50 |
| B-[5].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 51 |
| B-[5].7.1 | OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe | 51 |
| B-[5].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 51 |
| B-[5].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 51 |
| B-[5].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 51 |
| B-[5].11 | Personelle Ausstattung | 52 |
| B-[5].11.1 | Ärzte und Ärztinnen | 52 |
| B-[5].11.2 | Pflegepersonal | 52 |
| B-[6] | Innere Medizin/ Schwerpunkt Kardiologie | 54 |
| B-[6].1 | Name | 54 |
| B-[6].1.1 | Fachabteilungsschlüssel | 54 |
| B-[6].1.2 | Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes | 54 |
| B-[6].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 54 |
| B-[6].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 55 |
| B-[6].4 | Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung | 56 |
| B-[6].5 | Fallzahlen der Fachabteilung "Innere Medizin/ Schwerpunkt Kardiologie" | 56 |
| B-[6].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 56 |
| B-[6].6.1 | Hauptdiagnosen 3-stellig | 56 |
| B-[6].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 56 |
| B-[6].7.1 | OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe | 56 |

Qualitätsbericht 2018

| | | |
|------------|---|----|
| B-[6].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 57 |
| B-[6].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 57 |
| B-[6].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 57 |
| B-[6].11 | Personelle Ausstattung | 58 |
| B-[6].11.1 | Ärzte und Ärztinnen | 58 |
| B-[6].11.2 | Pflegepersonal | 58 |
| B-[7] | Pädiatrie | 61 |
| B-[7].1 | Name | 61 |
| B-[7].1.1 | Fachabteilungsschlüssel | 61 |
| B-[7].1.2 | Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes | 61 |
| B-[7].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 62 |
| B-[7].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 62 |
| B-[7].4 | Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung | 63 |
| B-[7].5 | Fallzahlen der Fachabteilung "Pädiatrie" | 63 |
| B-[7].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 63 |
| B-[7].6.1 | Hauptdiagnosen 3-stellig | 63 |
| B-[7].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 64 |
| B-[7].7.1 | OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe | 64 |
| B-[7].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 64 |
| B-[7].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 64 |
| B-[7].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 65 |
| B-[7].11 | Personelle Ausstattung | 65 |
| B-[7].11.1 | Ärzte und Ärztinnen | 65 |
| B-[7].11.2 | Pflegepersonal | 66 |
| B-[8] | Allgemein- und Viszeralchirurgie | 68 |
| B-[8].1 | Name | 68 |
| B-[8].1.1 | Fachabteilungsschlüssel | 68 |
| B-[8].1.2 | Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes | 68 |
| B-[8].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 68 |
| B-[8].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 69 |
| B-[8].4 | Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung | 69 |
| B-[8].5 | Fallzahlen der Fachabteilung "Allgemein- und Viszeralchirurgie" | 69 |
| B-[8].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 70 |

Qualitätsbericht 2018

| | | |
|------------|---|----|
| B-[8].6.1 | Hauptdiagnosen 3-stellig | 70 |
| B-[8].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 70 |
| B-[8].7.1 | OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe | 70 |
| B-[8].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 70 |
| B-[8].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 71 |
| B-[8].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 71 |
| B-[8].11 | Personelle Ausstattung | 71 |
| B-[8].11.1 | Ärzte und Ärztinnen | 71 |
| B-[8].11.2 | Pflegepersonal | 72 |
| B-[9] | Unfall- und Wiederherstellungschirurgie | 74 |
| B-[9].1 | Name | 74 |
| B-[9].1.1 | Fachabteilungsschlüssel | 74 |
| B-[9].1.2 | Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes | 74 |
| B-[9].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 74 |
| B-[9].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 75 |
| B-[9].4 | Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung | 75 |
| B-[9].5 | Fallzahlen der Fachabteilung "Unfall- und Wiederherstellungschirurgie" | 75 |
| B-[9].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 76 |
| B-[9].6.1 | Hauptdiagnosen 3-stellig | 76 |
| B-[9].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 76 |
| B-[9].7.1 | OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe | 76 |
| B-[9].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 76 |
| B-[9].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 77 |
| B-[9].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 77 |
| B-[9].11 | Personelle Ausstattung | 77 |
| B-[9].11.1 | Ärzte und Ärztinnen | 77 |
| B-[9].11.2 | Pflegepersonal | 78 |
| B-[10] | Allgemeine Chirurgie/ Schwerpunkt Gefäßchirurgie | 80 |
| B-[10].1 | Name | 80 |
| B-[10].1.1 | Fachabteilungsschlüssel | 80 |
| B-[10].1.2 | Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes | 80 |
| B-[10].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 80 |
| B-[10].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 81 |

Qualitätsbericht 2018

| | | |
|-------------|---|----|
| B-[10].4 | Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung | 81 |
| B-[10].5 | Fallzahlen der Fachabteilung "Allgemeine Chirurgie/ Schwerpunkt Gefäßchirurgie" | 81 |
| B-[10].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 82 |
| B-[10].6.1 | Hauptdiagnosen 3-stellig | 82 |
| B-[10].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 82 |
| B-[10].7.1 | OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe | 82 |
| B-[10].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 82 |
| B-[10].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 83 |
| B-[10].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 83 |
| B-[10].11 | Personelle Ausstattung | 83 |
| B-[10].11.1 | Ärzte und Ärztinnen | 83 |
| B-[10].11.2 | Pflegepersonal | 84 |
| B-[11] | Urologie | 86 |
| B-[11].1 | Name | 86 |
| B-[11].1.1 | Fachabteilungsschlüssel | 86 |
| B-[11].1.2 | Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes | 86 |
| B-[11].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 86 |
| B-[11].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 87 |
| B-[11].4 | Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung | 87 |
| B-[11].5 | Fallzahlen der Fachabteilung "Urologie" | 87 |
| B-[11].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 87 |
| B-[11].6.1 | Hauptdiagnosen 3-stellig | 87 |
| B-[11].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 88 |
| B-[11].7.1 | OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe | 88 |
| B-[11].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 88 |
| B-[11].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 88 |
| B-[11].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 89 |
| B-[11].11 | Personelle Ausstattung | 89 |
| B-[11].11.1 | Ärzte und Ärztinnen | 89 |
| B-[11].11.2 | Pflegepersonal | 90 |
| B-[12] | Orthopädie | 92 |
| B-[12].1 | Name | 92 |

Qualitätsbericht 2018

| | |
|--|-----|
| B-[12].1.1 Fachabteilungsschlüssel | 92 |
| B-[12].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes | 92 |
| B-[12].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 92 |
| B-[12].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 93 |
| B-[12].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung | 93 |
| B-[12].5 Fallzahlen der Fachabteilung "Orthopädie" | 93 |
| B-[12].6 Hauptdiagnosen nach ICD | 94 |
| B-[12].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig | 94 |
| B-[12].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 94 |
| B-[12].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe | 94 |
| B-[12].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 94 |
| B-[12].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 95 |
| B-[12].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 95 |
| B-[12].11 Personelle Ausstattung | 95 |
| B-[12].11.1 Ärzte und Ärztinnen | 95 |
| B-[12].11.2 Pflegepersonal | 96 |
| B-[13] Frauenheilkunde und Geburtshilfe | 99 |
| B-[13].1 Name | 99 |
| B-[13].1.1 Fachabteilungsschlüssel | 99 |
| B-[13].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes | 99 |
| B-[13].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 100 |
| B-[13].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 100 |
| B-[13].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung | 100 |
| B-[13].5 Fallzahlen der Fachabteilung "Frauenheilkunde und Geburtshilfe" | 100 |
| B-[13].6 Hauptdiagnosen nach ICD | 101 |
| B-[13].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig | 101 |
| B-[13].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 101 |
| B-[13].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe | 101 |
| B-[13].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 101 |
| B-[13].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 102 |
| B-[13].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 102 |
| B-[13].11 Personelle Ausstattung | 102 |
| B-[13].11.1 Ärzte und Ärztinnen | 102 |

Qualitätsbericht 2018

| | |
|--|-----|
| B-[13].11.Pflegepersonal | 103 |
| B-[14] Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde | 106 |
| B-[14].1 Name | 106 |
| B-[14].1.1 Fachabteilungsschlüssel | 106 |
| B-[14].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes | 106 |
| B-[14].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 107 |
| B-[14].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 107 |
| B-[14].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung | 107 |
| B-[14].5 Fallzahlen der Fachabteilung "Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde" | 108 |
| B-[14].6 Hauptdiagnosen nach ICD | 108 |
| B-[14].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig | 108 |
| B-[14].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 108 |
| B-[14].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe | 108 |
| B-[14].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 108 |
| B-[14].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 108 |
| B-[14].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 108 |
| B-[14].11 Personelle Ausstattung | 109 |
| B-[14].11.1 Ärzte und Ärztinnen | 109 |
| B-[14].11.2 Pflegepersonal | 109 |
| B-[15] Radioonkologie | 111 |
| B-[15].1 Name | 111 |
| B-[15].1.1 Fachabteilungsschlüssel | 111 |
| B-[15].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes | 111 |
| B-[15].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 111 |
| B-[15].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 112 |
| B-[15].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung | 112 |
| B-[15].5 Fallzahlen der Fachabteilung "Radioonkologie" | 112 |
| B-[15].6 Hauptdiagnosen nach ICD | 112 |
| B-[15].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig | 112 |
| B-[15].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 113 |
| B-[15].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe | 113 |
| B-[15].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 113 |
| B-[15].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 113 |

Qualitätsbericht 2018

| | |
|--|-----|
| B-[15].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 113 |
| B-[15].11 Personelle Ausstattung | 113 |
| B-[15].11.1.Ärzte und Ärztinnen | 113 |
| B-[15].11.2.Pflegepersonal | 114 |
| B-[16] Anästhesie und Intensivmedizin | 116 |
| B-[16].1 Name | 116 |
| B-[16].1.1 Fachabteilungsschlüssel | 116 |
| B-[16].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes | 116 |
| B-[16].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 117 |
| B-[16].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 117 |
| B-[16].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung | 117 |
| B-[16].5 Fallzahlen der Fachabteilung "Anästhesie und Intensivmedizin" | 117 |
| B-[16].6 Hauptdiagnosen nach ICD | 117 |
| B-[16].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 117 |
| B-[16].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 117 |
| B-[16].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 117 |
| B-[16].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 117 |
| B-[16].11 Personelle Ausstattung | 118 |
| B-[16].11.1.Ärzte und Ärztinnen | 118 |
| B-[16].11.2.Pflegepersonal | 118 |
| B-[17] Radiologie | 120 |
| B-[17].1 Name | 120 |
| B-[17].1.1 Fachabteilungsschlüssel | 120 |
| B-[17].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes | 120 |
| B-[17].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 120 |
| B-[17].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 121 |
| B-[17].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung | 121 |
| B-[17].5 Fallzahlen der Fachabteilung "Radiologie" | 121 |
| B-[17].6 Hauptdiagnosen nach ICD | 121 |
| B-[17].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 122 |
| B-[17].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 122 |
| B-[17].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 122 |
| B-[17].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 122 |

Qualitätsbericht 2018

| | | |
|------------|---|-----|
| B-[17].11 | Personelle Ausstattung | 122 |
| B-[17].11. | Ärzte und Ärztinnen | 122 |
| B-[17].11. | Pflegepersonal | 123 |
| C | Qualitätssicherung | 124 |
| C-1 | Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V | 124 |
| C-1.1 | Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate | 124 |
| C-1.2 | Ergebnisse der Qualitätssicherung | 125 |
| C-2 | Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V | 195 |
| C-3 | Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V | 195 |
| C-4 | Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung | 195 |
| C-5 | Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr | 195 |
| C-5.1 | Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind | 195 |
| C-5.2 | Leistungsbereiche, für die im Prognosejahr gemäß Mindestmengenregelungen Mindestmengen erbracht werden sollen | 196 |
| C-6 | Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V | 196 |
| C-7 | Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | 197 |
| D | Qualitätsmanagement | 198 |

Qualitätsbericht 2018

Vorwort

Transparenz schafft Qualität

Sehr geehrte Damen und Herren,
sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

eine qualitativ hochwertige Pflege- und Behandlungsqualität, die stets mit den neuesten pflege- und medizinwissenschaftlichen Erkenntnissen einhergeht - das ist, heute genau wie vor über 900 Jahren, das erklärte Ziel der Johanniter. Wer die Hospitalordnung des Johanniter-Krankenhauses in Jerusalem aus dem Jahr 1182 liest, findet dort Standards für Medizin, Pflege und Hygiene. Und doch ist heute einiges anders als damals: Patienten und Öffentlichkeit sind mündiger, kritischer und emanzipierter als früher. Sie verlangen Transparenz über die Qualität in der Medizin. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, verstehen wir unser Qualitäts- und Risikomanagement als unsere oberste Priorität im Sinne einer selbstverpflichtenden Führungs- und Organisationsverantwortung - für Sie.

Die Erfolge dieses Selbstverständnisses und unserer Selbstverpflichtung sind:

- die interdisziplinäre und multiprofessionelle Entwicklung der medizinisch-pflegerischen Gesamtversorgung auf höchstem Niveau
- die Prozessoptimierung in Form einer bedarfs- und leistungsgerechten Patientenorientierung und Patientensicherheit
- die Mitarbeiterorientierung, -sicherheit und -zufriedenheit
- die kontinuierliche interne und externe Klinikentwicklung mit dem Ziel der patientenorientierten Qualitätsverbesserung
- Integration, Vernetzung und Kooperation.

Seit dem Jahr 2004 bündelt die Johanniter GmbH die Aktivitäten des Johanniterordens auf dem Gebiet der stationären Gesundheitsversorgung. Zu den Einrichtungen gehören 14 Johanniter-Krankenhäuser, Fach- und Reha-Kliniken sowie Tageskliniken und mehrere Medizinische Versorgungs- wie Therapiezentren, in denen rund 390.000 Patientinnen und Patienten versorgt werden. Außerdem gehören 3 stationäre Hospize und 3 Krankenpflegeschulen zum Leistungsspektrum der Johanniter GmbH. Die 95 Altenpflegeeinrichtungen mit rund 8.000 Pflegeplätzen und mehr als 1.500 Betreuten Wohnungen werden seit dem Jahr 2008 von der Johanniter Seniorenhäuser GmbH, einer Tochtergesellschaft der Johanniter GmbH, geführt. Knapp 15.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter engagieren sich in den stationären und tagesklinischen Einrichtungen der Johanniter.

In unseren Einrichtungen arbeiten wir auf der Grundlage des christlichen Menschenbildes. Unser Verhalten orientiert sich an diesem Leitbild und wird vom Respekt vor der Würde jedes Menschen und seiner unverwechselbaren Individualität bestimmt.

Die Orientierung an unserem Leitbild ist uns ebenso wichtig wie die Erfüllung vorgegebener Standards. In unseren Qualitätsberichten, haben wir die geforderten Informationen für Sie in transparenter und sachlicher Darstellung aufbereitet. Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ihr



Frank Böker, Vorsitzender der Geschäftsführung der Johanniter GmbH

Qualitätsbericht 2018

Einleitung

Sehr geehrte Leserinnen und Leser unseres Qualitätsberichtes,

wir freuen uns, Ihnen in dem vorliegenden Bericht unsere Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagement-Maßnahmen vorstellen zu dürfen. Die folgenden Seiten werden Ihnen einen umfassenden Einblick in die Leistungen und Strukturen unseres Hauses ermöglichen.

Das Johanniter-Krankenhaus Genthin-Stendal ist ein modernes Krankenhaus der Schwerpunktversorgung und führt 393 Betten. Weiterhin besteht ein Zentrum für ambulante medizinische Versorgung mit jährlich über 3.000 operativen und konservativen Eingriffen.

Ende Juni 2018 wurde ein Onkologisches Zentrum nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft erstzertifiziert. Die tragenden Säulen bilden hierbei die beiden langjährig zertifizierten Zentren für Brust- und Darmkrebs. Unter dem Dach des Onkologischen Zentrums werden nun weitere Krebsarten auf einem hohen Qualitätsniveau diagnostiziert und therapiert. Dazu zählen Magen-Tumore, urologische und gynäkologische Tumore sowie hämatologische Erkrankungen.

Des Weiteren sind ein EndoProthetikZentrum nach den Kriterien von EndoCert und ein Regionales Traumazentrum im Traumanetzwerk nach den Kriterien der DGU etabliert und zertifiziert. Darüber hinaus verfügt unser Kontinenz- und Beckenboden-Zentrum über ein Zertifikat der Deutschen Kontinenz Gesellschaft. In der Frauen und Kinderklinik können wir die Zertifikate "Babyfreundliches Krankenhaus" nach WHO/UNICEF und "Ausgezeichnet für Kinder" vorweisen. Um den ständig steigenden Hygiene-Anforderungen gerecht zu werden, wurde im Dezember 2017 die Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung nach der DIN EN ISO 13485:2016 Erstzertifiziert.

Zusätzlich zu dem beschriebenen Leistungsspektrum bietet unser Haus eine Abteilung für Physiotherapie, ein ambulantes OP-Zentrum, einen Sozialdienst, psychoonkologische und seelsorgerische Betreuung an. Darüber hinaus ist das Johanniter-Krankenhaus Genthin - Stendal Lehrkrankenhaus der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg. Eine eigene Krankenpflegeschule bildet mit 80 Plätzen Gesundheits- und Krankenpfleger sowie mit 20 Plätzen Krankenpflegehelfer aus. Die dreijährige Ausbildung in kaufmännischen Berufen wird durchgeführt.

Wir hoffen, Ihnen mit der Vorlage dieses Berichtes wichtige Informationen zu geben, um Ihnen das Johanniter-Krankenhaus Genthin - Stendal als einen zuverlässigen Partner für die qualitative Lösung Ihrer Anforderungen darzustellen.

Verantwortliche für den Qualitätsbericht:

Herr Dr. med. Thomas Krössin, Geschäftsführer

Frau Beate Wogawa, Pflegedirektorin

Herr Prof. Dr. med. Jörg Fahlke, Ärztlicher Direktor

Frau Ines Donner, Kaufmännische Direktorin

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Herrn Dr. Krössin, ist verantwortlich für die

Qualitätsbericht 2018

Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Verantwortliche:

| | |
|-------------------|--|
| Verantwortlicher: | Für die Erstellung des Qualitätsberichts |
| Name/Funktion: | Marcel Werner, Qualitätsmanagementbeauftragter |
| Telefon: | 03931 66 1026 |
| Fax: | 03931 217112 |
| E-Mail: | Marcel.Werner@jksdl.de |

| | |
|-------------------|--|
| Verantwortlicher: | Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung |
| Name/Funktion: | Dr. med. Thomas Krössin, Geschäftsführer |
| Telefon: | 03931 66 1010 |
| Fax: | 03931 217112 |
| E-Mail: | Thomas.Kroessin@johanniter-gmbh.de |

Links:

| | |
|--------------------------------------|---|
| Link zur Homepage des Krankenhauses: | http://_/_johanniter._de/_einrichtungen/krankenhaus/genthin-stendal/ |
|--------------------------------------|---|

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

| | |
|------------------|---|
| Name: | Johanniter-Krankenhaus Genthin-Stendal GmbH |
| PLZ: | 39576 |
| Ort: | Stendal |
| Straße: | Wendstraße |
| Hausnummer: | 31 |
| IK-Nummer: | 261500030 |
| Standort-Nummer: | 00 |
| Krankenhaus-URL: | http://johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/genthin-stendal/ |

A-1.1 Leitung des Krankenhauses/Standorts

| | |
|----------------|--|
| Leitung: | Verwaltungsleitung |
| Name/Funktion: | Dr. med. Thomas Krössin, Geschäftsführer |
| Telefon: | 03931 66 1010 |
| Fax: | 03931 217112 |
| E-Mail: | Thomas.Kroessin@johanniter-gmbh.de |

| | |
|----------------|---------------------------------------|
| Leitung: | Verwaltungsleitung |
| Name/Funktion: | Ines Donner, Kaufmännische Direktorin |
| Telefon: | 03931 66 1013 |
| Fax: | 03931 217112 |
| E-Mail: | Ines.donner@jksdl.de |

| | |
|----------------|---|
| Leitung: | Ärztliche Leitung |
| Name/Funktion: | Prof. Dr. med. Jörg Fahlke, Ärztlicher Direktor |
| Telefon: | 03931 66 1100 |
| Fax: | 03931 217112 |
| E-Mail: | Joerg.fahlke@jksdl.de |

| | |
|----------------|--------------------------------|
| Leitung: | Pflegedienstleitung |
| Name/Funktion: | Beate Wogawa, Pflegedirektorin |
| Telefon: | 03931 66 1900 |
| Fax: | 03931 66 1909 |
| E-Mail: | Beate.wogawa@jksdl.de |

Qualitätsbericht 2018

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

| | |
|-------------------|---|
| Name des Trägers: | Johanniter GmbH - Zweigniederlassung Stendal - Johanniter-Krankenhaus Genthin-Stendal |
| Träger-Art: | freigemeinnützig |

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

| |
|------------------------------|
| Akademisches Lehrkrankenhaus |
|------------------------------|

Name der Universität

| | |
|---|---|
| 1 | Otto von Guericke Universität Magdeburg |
|---|---|

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

| | |
|--|------|
| Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung? | Nein |
|--|------|

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | |
|--|---|
| 1 | Akupressur <i>z. B. Akupressurbehandlung bei Kopfschmerzen</i> |
| 2 | Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare |
| 3 | Atemgymnastik/-therapie |
| 4 | Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern |
| 5 | Basale Stimulation |
| 6 | Berufsberatung/Rehabilitationsberatung |
| 7 | Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden |
| 8 | Sporttherapie/Bewegungstherapie |
| 9 | Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) |
| 10 | Diät- und Ernährungsberatung |
| 11 | Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege |
| 12 | Ergotherapie/Arbeitstherapie |
| 13 | Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege |
| 14 | Fußreflexzonenmassage |
| 15 | Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik |
| 16 | Kinästhetik |
| 17 | Kontinenztraining/Inkontinenzberatung |

Qualitätsbericht 2018

| Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | |
|--|--|
| 18 | Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie |
| 19 | Manuelle Lymphdrainage |
| 20 | Massage |
| 21 | Musiktherapie |
| 22 | Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie |
| 23 | Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie |
| 24 | Pädagogisches Leistungsangebot |
| 25 | Physikalische Therapie/Bädertherapie <i>z. B. medizinische Bäder, Stanger-bäder, Vierzellenbäder, Hydro-therapie, Kneippanwendungen, Ultraschalltherapie, Elektrotherapie</i> |
| 26 | Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse |
| 27 | Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst |
| 28 | Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik |
| 29 | Säuglingspflegekurse |
| 30 | Schmerztherapie/-management |
| 31 | Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen <i>z. B. Beratung zur Sturzprophylaxe</i> |
| 32 | Spezielle Entspannungstherapie |
| 33 | Spezielles pflegerisches Leistungsangebot <i>z. B. Pflegevisiten, Pflegeexperten oder Pflegeexpertinnen, Beratung durch Brustschwester</i> |
| 34 | Stillberatung |
| 35 | Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie |
| 36 | Stomatherapie/-beratung |
| 37 | Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik |
| 38 | Wärme- und Kälteanwendungen |
| 39 | Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik |
| 40 | Wundmanagement |
| 41 | Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen |
| 42 | Audiometrie/Hördiagnostik |
| 43 | Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining |
| 44 | Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF) |
| 45 | Sozialdienst |
| 46 | Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit |
| 47 | Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien |
| 48 | Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen |
| 49 | Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege |

Qualitätsbericht 2018

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Leistungsangebot | |
|------------------|--|
| 1 | Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum |
| 2 | Ein-Bett-Zimmer |
| 3 | Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle |
| 4 | Mutter-Kind-Zimmer |
| 5 | Rooming-in |
| 6 | Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) |
| 7 | Zwei-Bett-Zimmer |
| 8 | Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle |
| 9 | Fernsehgerät am Bett/im Zimmer |
| | <i>Kosten pro Tag: 0 €</i> |
| | <i>einmalig 2,50 € oder eigene Kopfhörer</i> |
| 10 | Telefon am Bett |
| | <i>Kosten pro Tag: 1,2 €</i> |
| | <i>Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,15 €</i> |
| | <i>Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0 €</i> |
| 11 | Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen |
| | <i>Max. Kosten pro Stunde: 0 €</i> |
| | <i>Max. Kosten pro Tag: 0 €</i> |
| 12 | Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen |
| 13 | Seelsorge |
| 14 | Geldautomat |
| 15 | Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität) |
| | <i>Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten: jüdische/ muslimische Ernährung, vegetarische/ vegane Küche</i> |
| 16 | Andachtsraum |

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

| Aspekte der Barrierefreiheit | |
|------------------------------|---|
| 1 | Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung |
| 2 | Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä. |
| 3 | Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette |
| 4 | Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen |
| 5 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug |
| 6 | Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen |
| 7 | Besondere personelle Unterstützung |
| 8 | Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin |

| Aspekte der Barrierefreiheit | |
|------------------------------|--|
| 9 | Übertragung von Informationen in LEICHTE SPRACHE |
| 10 | Arbeit mit Piktogrammen |
| 11 | geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) |
| 12 | OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische |
| 13 | Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße |
| 14 | Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten |
| 15 | Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter |
| 16 | Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe |
| 17 | Diätetische Angebote |
| 18 | Dolmetscherdienst |
| 19 | Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal |
| 20 | Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit |
| 21 | Mehrsprachige Internetseite |
| 22 | Mehrsprachiges Orientierungssystem (Ausschilderung) im Krankenhaus |
| 23 | Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden |

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

| Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten | |
|---|---|
| 1 | Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten |
| 2 | Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) |
| 3 | Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien |
| 4 | Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien |
| 5 | Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien |
| 6 | Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher |
| 7 | Doktorandenbetreuung |

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

| Ausbildungen in anderen Heilberufen | |
|-------------------------------------|--|
| 1 | Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin <i>dreijährige Ausbildung</i> |
| 2 | Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin |
| 3 | Ergotherapeut und Ergotherapeutin |

Qualitätsbericht 2018

| Ausbildungen in anderen Heilberufen | |
|-------------------------------------|---|
| 4 | Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin |
| | <i>einjährige Ausbildung</i> |

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

| | |
|----------------|-----|
| Anzahl Betten: | 393 |
|----------------|-----|

A-10 Gesamtfallzahlen

| | |
|--------------------------|-------|
| Vollstationäre Fallzahl: | 17899 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 0 |
| Ambulante Fallzahl: | 29101 |

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 116,87 Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** **Ohne:**

Versorgungsform: **Ambulant:** **Stationär:**

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 70,74

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** **Ohne:**

Versorgungsform: **Ambulant:** **Stationär:**

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl in Personen: 1

Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Gesamt: 1,63

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** **Ohne:**

Versorgungsform: **Ambulant:** **Stationär:**

Qualitätsbericht 2018

- davon Fachärzte und Fachärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Gesamt: 1,38

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** **Ohne:**

Versorgungsform: **Ambulant:** **Stationär:**

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 151,35

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** **Ohne:**

Versorgungsform: **Ambulant:** **Stationär:**

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt: 14,99

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** **Ohne:**

Versorgungsform: **Ambulant:** **Stationär:**

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 25,13

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** **Ohne:**

Versorgungsform: **Ambulant:** **Stationär:**

Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 2,80

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** **Ohne:**

Versorgungsform: **Ambulant:** **Stationär:**

Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0,00

Qualitätsbericht 2018

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** **Ohne:**

Versorgungsform: **Ambulant:** **Stationär:**

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 8,13

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** **Ohne:**

Versorgungsform: **Ambulant:** **Stationär:**

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt: 12,93

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** **Ohne:**

Versorgungsform: **Ambulant:** **Stationär:**

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt: 1,63

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** **Ohne:**

Versorgungsform: **Ambulant:** **Stationär:**

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 9,81

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** **Ohne:**

Versorgungsform: **Ambulant:** **Stationär:**

Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl in Personen: 0

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** **Ohne:**

Versorgungsform: **Ambulant:** **Stationär:**

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt: 0,00

Qualitätsbericht 2018

| | | | | |
|---------------------------|------------------|-----------------------------------|-------------------|-----------------------------------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | <input type="text" value="0,00"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> |
| Versorgungsform: | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="0,00"/> |

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Ergotherapeut und Ergotherapeutin

| | | | | |
|---------------------------|------------------|-----------------------------------|-------------------|-----------------------------------|
| Gesamt: | 3,96 | | | |
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | <input type="text" value="3,96"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> |
| Versorgungsform: | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="3,96"/> |

Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA)

| | | | | |
|---------------------------|------------------|------------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| Gesamt: | 21,71 | | | |
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | <input type="text" value="21,71"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> |
| Versorgungsform: | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="21,71"/> |

Physiotherapeut und Physiotherapeutin

| | | | | |
|---------------------------|------------------|------------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| Gesamt: | 15,64 | | | |
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | <input type="text" value="15,64"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> |
| Versorgungsform: | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="15,64"/> |

Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin

| | | | | |
|---------------------------|------------------|-----------------------------------|-------------------|-----------------------------------|
| Gesamt: | 1,38 | | | |
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | <input type="text" value="1,38"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> |
| Versorgungsform: | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="1,38"/> |

Sozialpädagoge und Sozialpädagogin

| | | | | |
|---------------------------|------------------|-----------------------------------|-------------------|-----------------------------------|
| Gesamt: | 4,93 | | | |
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | <input type="text" value="4,93"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> |
| Versorgungsform: | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="4,93"/> |

Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

| | | | | |
|---------|------|--|--|--|
| Gesamt: | 6,61 | | | |
|---------|------|--|--|--|

Qualitätsbericht 2018

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** **Ohne:**

Versorgungsform: **Ambulant:** **Stationär:**

Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Gesamt: 9,65

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** **Ohne:**

Versorgungsform: **Ambulant:** **Stationär:**

Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie

Gesamt: 3,71

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** **Ohne:**

Versorgungsform: **Ambulant:** **Stationär:**

Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Gesamt: 4,13

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** **Ohne:**

Versorgungsform: **Ambulant:** **Stationär:**

Qualitätsbericht 2018

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

| | |
|----------------|--|
| Name/Funktion: | Dr. med. Thomas Krössin, Geschäftsführer |
| Telefon: | 03931 66 1012 |
| Fax: | 03931 217112 |
| E-Mail: | Krankenhaus@jksdl.de |

A-12.1.2 Lenkungsgremium

| | |
|---|----|
| Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema austauscht: | Ja |
|---|----|

Wenn ja:

| | |
|---|---|
| Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche: | Geschäftsführer, Ärztlicher Direktor, Kaufmännische Direktorin, Pflegedirektorin und Qualitätsmanagement-Beauftragter |
| Tagungsfrequenz des Gremiums: | monatlich |

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

| | |
|--|--|
| Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person: | 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 – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement |
|--|---|

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement:

| | |
|---|---|
| Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche: | Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Controlling, Qualitätsmanagement |
| Tagungsfrequenz des Gremiums: | quartalsweise |

Qualitätsbericht 2018

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

| Instrument bzw. Maßnahme | |
|--------------------------|---|
| 1 | Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Geschäftsordnung Risikomanagement Letzte Aktualisierung: 01.10.2017</i> |
| 2 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen |
| 3 | Mitarbeiterbefragungen |
| 4 | Klinisches Notfallmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Verfahrensanweisung Notfallmanagement Letzte Aktualisierung: 01.09.2018</i> |
| 5 | Schmerzmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Arbeitsanweisung Empfehlung Schmerztherapie Letzte Aktualisierung: 01.11.2018</i> |
| 6 | Sturzprophylaxe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Standard Sturzprophylaxe Letzte Aktualisierung: 01.11.2018</i> |
| 7 | Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Standard Dekubitusprophylaxe Letzte Aktualisierung: 01.01.2017</i> |
| 8 | Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Standard Fixierung Letzte Aktualisierung: 01.11.2018</i> |
| 9 | Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Verfahrensanweisung Ablauf bei Bearbeitung von Vorkommnissen mit aktiven Medizinprodukten Letzte Aktualisierung: 01.11.2018</i> |
| 10 | Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen |
| 11 | Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen |
| 12 | Anwendung von standardisierten OP-Checklisten |
| 13 | Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: OP-Statut Letzte Aktualisierung: 01.11.2018</i> |
| 14 | Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: OP-Statut Letzte Aktualisierung: 01.11.2018</i> |
| 15 | Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Verfahrensanweisung Identitätskontrolle eines Patienten vor einer OP Letzte Aktualisierung: 08.02.2016</i> |
| 16 | Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: OP-Statut Letzte Aktualisierung: 01.11.2018</i> |
| 17 | Entlassungsmanagement |

Qualitätsbericht 2018

| Instrument bzw. Maßnahme | |
|--------------------------|---|
| | Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Leitfaden Entlassungsmanagement Letzte Aktualisierung: 01.11.2018 |

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen:

| | |
|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Tumorkonferenzen |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Pathologiebesprechungen |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Palliativbesprechungen |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Qualitätszirkel |
| <input type="checkbox"/> | Andere |

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

| | |
|--|----|
| Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? | Ja |
|--|----|

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems:

| Instrument bzw. Maßnahme | |
|--------------------------|---|
| 1 | Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen <i>Intervall: quartalsweise</i> |

Details:

| | |
|---|---|
| Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet: | Ja |
| Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums: | quartalsweise |
| Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit: | Patientenarmband, Elektronisches Baby-Sicherungssystem, Patientensicherheits-Checkliste, Komplikationskonferenzen |

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):

| | |
|--|----|
| Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem: | Ja |
|--|----|

Qualitätsbericht 2018

Genutzte Systeme:

| Bezeichnung | |
|-------------|--------------|
| 1 | EF00: Riskop |

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse:

| | |
|---|---------------|
| Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet: | Ja |
| Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums: | quartalsweise |

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

| Personal | Anzahl |
|---|--------|
| Krankenhaustygieniker und Krankenhaustygienikerinnen | 1 |
| Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen | 3 |
| Hygienefachkräfte (HFK) | 2 |
| Hygienebeauftragte in der Pflege | 29 |

A-12.3.1.1 Hygienekommission

| | |
|---|--------------|
| Wurde eine Hygienekommission eingerichtet? | Ja |
| Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission: | halbjährlich |

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

| | |
|----------------|--|
| Name/Funktion: | Herr Dr. med. André Benthien, Vorsitzender |
| Telefon: | 03931 660 |
| Fax: | 03931 217112 |
| E-Mail: | Krankenhaus@jksdl.de |

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor:

| | |
|----------|----|
| Auswahl: | Ja |
|----------|----|

Qualitätsbericht 2018

Der Standard thematisiert insbesondere:

| | Option | Auswahl |
|---|---|---------|
| 1 | Hygienische Händedesinfektion | Ja |
| 2 | Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum | Ja |
| 3 | Beachtung der Einwirkzeit | Ja |

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:

| | Option | Auswahl |
|---|---------------------|---------|
| 1 | Sterile Handschuhe | Ja |
| 2 | Steriler Kittel | Ja |
| 3 | Kopfhaube | Ja |
| 4 | Mund-Nasen-Schutz | Ja |
| 5 | Steriles Abdecktuch | Ja |

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

| | |
|----------|----|
| Auswahl: | Ja |
|----------|----|

Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor:

| | |
|----------|----|
| Auswahl: | Ja |
|----------|----|

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

| | |
|----------|----|
| Auswahl: | Ja |
|----------|----|

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

| | Option | Auswahl |
|---|--|---------|
| 1 | Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor. | Ja |
| 2 | Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst. | Ja |
| 3 | Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert. | Ja |

Qualitätsbericht 2018

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor:

| | |
|----------|----|
| Auswahl: | Ja |
|----------|----|

Der Standard thematisiert insbesondere:

| | Option | Auswahl |
|---|--|---------|
| 1 | Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe | Ja |
| 2 | Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/ regionalen Resistenzlage) | Ja |
| 3 | Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe | Ja |

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert:

| | |
|----------|----|
| Auswahl: | 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:

| | |
|----------|----|
| Auswahl: | Ja |
|----------|----|

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:

| | |
|----------|----|
| Auswahl: | Ja |
|----------|----|

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

| | Option | Auswahl |
|---|--|---------|
| 1 | Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel) | Ja |
| 2 | Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe)) | Ja |
| 3 | Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden | Ja |

Qualitätsbericht 2018

| | Option | Auswahl |
|---|---|---------|
| 4 | Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage | Ja |
| 5 | Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion | Ja |

Der interne Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert:

| | |
|----------|----|
| Auswahl: | Ja |
|----------|----|

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

| | |
|--|----|
| Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgeminstationen erhoben: | Ja |
|--|----|

| | |
|---|-----|
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgeminstationen (Einheit: ml/Patiententag): | 673 |
|---|-----|

| | |
|--|----|
| Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen: | Ja |
|--|----|

| | |
|---|-----|
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag): | 135 |
|---|-----|

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

| | |
|----------|----|
| Auswahl: | Ja |
|----------|----|

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

| | Option | Auswahl |
|---|--|---------|
| 1 | Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html). | Ja |

Qualitätsbericht 2018

| | Option | Auswahl |
|---|--|---------|
| 2 | Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden) | Ja |

Umgang mit Patienten mit MRE (2):

| | Option | Auswahl |
|---|---|---------|
| 1 | Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen. | Ja |
| 2 | 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

| | Instrument bzw. Maßnahme |
|---|--|
| 1 | Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen |
| 2 | Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen <i>Name: MRE Netzwerk Landkreis Stendal</i> |
| 3 | Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH) <i>Details: Teilnahme (ohne Zertifikat)</i> |
| 4 | Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten |
| 5 | Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen |

Zu HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen:

| | |
|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | AMBU-KISS |
| <input type="checkbox"/> | CDAD-KISS |
| <input type="checkbox"/> | HAND-KISS |
| <input type="checkbox"/> | ITS-KISS |

Qualitätsbericht 2018

| | |
|-------------------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | MRSA-KISS |
| <input checked="" type="checkbox"/> | NEO-KISS |
| <input type="checkbox"/> | ONKO-KISS |
| <input type="checkbox"/> | OP-KISS |
| <input type="checkbox"/> | STATIONS-KISS |
| <input type="checkbox"/> | SARI |

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

| Lob- und Beschwerdemanagement | | Erfüllt? |
|-------------------------------|--|----------|
| 1 | Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden. | Ja |
| 2 | Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung). | Ja |
| 3 | Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert. | Ja |
| 4 | Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt. | Ja |
| 5 | Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden. | Ja |
| 6 | Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. | Ja |
| 7 | Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. | Ja |
| 8 | Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden | Ja |
| 9 | Einweiserbefragungen | Ja |
| 10 | Patientenbefragungen | Ja |

Qualitätsbericht 2018

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

| | |
|----------------|---|
| Name/Funktion: | Marcel Werner, Qualitätsmanagement-Beauftragter |
| Telefon: | 03931 66 1026 |
| Fax: | 03931 217112 |
| E-Mail: | marcel.werner@jksdl.de |

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

| | |
|----------------|---|
| Name/Funktion: | Dr. med. Siegfried Wagner, Patientenfürsprecher |
| Telefon: | 03931 660 |
| Fax: | 03931 217112 |
| E-Mail: | Krankenhaus@jksdl.de |

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

| | |
|-------------------|------------------------|
| Art des Gremiums: | Arzneimittelkommission |
|-------------------|------------------------|

A-12.5.2 Verantwortliche Person

| | |
|---|----------------------------------|
| Wurde eine verantwortliche Person festgelegt? | ja – eigenständige Position AMTS |
|---|----------------------------------|

Kontaktdaten:

| | |
|----------------|--------------------------------------|
| Name/Funktion: | Annedore Staack, Chefapothekerin |
| Telefon: | 03921 961202 |
| Fax: | 03921 961204 |
| E-Mail: | Annedore.Staack@helios-gesundheit.de |

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

| | |
|--|----|
| Anzahl Apotheker: | 4 |
| Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal: | 10 |

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

| Instrument bzw. Maßnahme | |
|--------------------------|---|
| 1 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen |
| 2 | Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i> |

| Instrument bzw. Maßnahme | |
|--------------------------|---|
| 3 | Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen) |
| 4 | Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese - Verordnung - Patienteninformation - Arzneimittelabgabe -Arzneimittelanwendung - Dokumentation - Therapieüberwachung - Ergebnisbewertung) <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i> |
| 5 | Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®) |
| 6 | Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln |
| 7 | Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern |
| 8 | Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung |

Zu AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln:

| | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung |
| <input type="checkbox"/> | Zubereitung durch pharmazeutisches Personal |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen |
| <input type="checkbox"/> | Sonstiges |

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern:

| | |
|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Fallbesprechungen |
| <input type="checkbox"/> | Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung |
| <input type="checkbox"/> | Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kap. 12.2.3.2) |
| <input type="checkbox"/> | Andere |

Zu 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 type="checkbox"/> | Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Aushändigung des Medikationsplans |

Qualitätsbericht 2018

| | |
|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten |
| <input type="checkbox"/> | Sonstiges |

A-13 Besondere apparative Ausstattung

| | Apparative Ausstattung | Umgangssprachliche Bezeichnung | 24h verfügbar |
|----|---|---|---------------|
| 1 | Angiographiegerät/DSA | Gerät zur Gefäßdarstellung | Ja |
| 2 | Computertomograph (CT) | Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen | Ja |
| 3 | Elektroenzephalographiegerät (EEG) | Hirnstrommessung | Ja |
| 4 | Gerät für Nierenersatzverfahren | Geräte für Nierenersatzverfahren | Ja |
| 5 | Hochfrequenztherapiegerät | Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik | |
| 6 | Magnetresonanztomograph (MRT) | Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder | Ja |
| 7 | Mammographiegerät | Röntengerät für die weibliche Brustdrüse | |
| 8 | Uroflow/Blasendruckmessung/ Urodynamischer Messplatz | Harnflussmessung | |
| 9 | Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen | Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck | Ja |
| 10 | Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP | Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden | |
| 11 | Inkubatoren Neonatologie | Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten) | Ja |
| 12 | Radiofrequenzablation (RFA) und/ oder andere Thermoablationsverfahren | Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik | |
| 13 | Linksherzkatheterlabor (X) | Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße | Ja |

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Innere Medizin/ Schwerpunkt Gastroenterologie

B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--|---|
| Abteilungsart: | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung: | Innere Medizin/ Schwerpunkt Gastroenterologie |
| Straße: | Wendstraße |
| Hausnummer: | 31 |
| PLZ: | 39576 |
| Ort: | Stendal |
| URL: | http://www.johanniter.de/?id=9815 |

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| Fachabteilungsschlüssel | |
|-------------------------|---|
| 1 | (0107) Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie |

B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

| | |
|----------------|---|
| Name/Funktion: | Dr. med. Ahmed Negm, Chefarzt |
| Telefon: | 03931 660 |
| Fax: | 03931 217112 |
| E-Mail: | Krankenhaus@jksdl.de |
| Adresse: | Wendstraße 31 |
| PLZ/Ort: | 39576 Stendal |
| URL: | http://www.johanniter.de/?id=9815 |

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

| | |
|--|--------------------------------------|
| Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/ Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V: | Keine Zielvereinbarungen geschlossen |
|--|--------------------------------------|

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

| Medizinische Leistungsangebote | |
|--------------------------------|---|
| 1 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten |
| 2 | Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen |

Qualitätsbericht 2018

| Medizinische Leistungsangebote | |
|--------------------------------|---|
| 3 | Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten |
| 4 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) |
| 5 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs |
| 6 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums |
| 7 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas |
| 8 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge |
| 9 | Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen |
| 10 | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten |
| 11 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen |
| 12 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen |
| 13 | Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis |
| 14 | Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen |
| 15 | Endoskopie |
| 16 | Chronisch entzündliche Darmerkrankungen |

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

Die Aspekte der Barrierefreiheit werden im apitel A-7 abgebildet.

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

| | |
|--------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl: | 1611 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 0 |

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| | ICD | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|-----|---|----------|
| 1 | K80 | Cholelithiasis | 115 |
| 2 | A09 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs | 85 |
| 3 | K29 | Gastritis und Duodenitis | 80 |
| 4 | K92 | Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems | 73 |
| 5 | E11 | Diabetes mellitus, Typ 2 | 61 |
| 6 | F10 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol | 51 |
| 7 | I63 | Hirnfarkt | 51 |
| 8 | K85 | Akute Pankreatitis | 51 |
| 9 | E86 | Volumenmangel | 51 |
| 10 | G45 | Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome | 45 |

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| | OPS | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|-------|---|----------|
| 1 | 1-632 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie | 689 |
| 2 | 3-200 | Native Computertomographie des Schädels | 526 |
| 3 | 9-984 | Pflegebedürftigkeit | 522 |
| 4 | 1-440 | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas | 382 |
| 5 | 5-513 | Endoskopische Operationen an den Gallengängen | 263 |
| 6 | 1-650 | Diagnostische Koloskopie | 250 |
| 7 | 3-225 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel | 240 |
| 8 | 8-930 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes | 219 |
| 9 | 8-831 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße | 186 |
| 10 | 8-800 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat | 181 |

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| | |
|---|--|
| 1 | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) |
| 2 | Notfallambulanz (24h) |
| 3 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V |

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

| | OPS | Bezeichnung | Fallzahl |
|---|-------|---|----------|
| 1 | 1-650 | Diagnostische Koloskopie | 155 |
| 2 | 1-444 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt | 36 |
| 3 | 1-642 | Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege | < 4 |
| 4 | 5-399 | Andere Operationen an Blutgefäßen | < 4 |
| 5 | 5-431 | Gastrostomie | < 4 |
| 6 | 1-672 | Diagnostische Hysteroskopie | < 4 |
| 7 | 1-471 | Biopsie ohne Inzision am Endometrium | < 4 |

Qualitätsbericht 2018

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

| | |
|---|------|
| Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: | Nein |
| Stationäre BG-Zulassung: | Nein |

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 7,05 Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

| | | | | |
|---------------------------|-----------|------|------------------|-------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | 7,05 | Ohne: | 0,00 |
| | Ambulant: | 0,00 | Stationär: | 7,05 |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | 228,5 |

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 2,65

| | | | | |
|---------------------------|-----------|------|------------------|-------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | 2,65 | Ohne: | 0,00 |
| | Ambulant: | 0,00 | Stationär: | 2,65 |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | 607,9 |

B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)

| | |
|---|--------------------------------------|
| 1 | Innere Medizin und Gastroenterologie |
|---|--------------------------------------|

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[1].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

40,00

Qualitätsbericht 2018

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 10,62

| | | | | |
|---------------------------|------------------|-------|-------------------------|-------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | 10,62 | Ohne: | 0,00 |
| | Ambulant: | 0,00 | Stationär: | 10,62 |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | 151,7 |

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 1,75

| | | | | |
|---------------------------|------------------|------|-------------------------|-------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | 1,75 | Ohne: | 0,00 |
| | Ambulant: | 0,00 | Stationär: | 1,75 |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | 920,6 |

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt: 1,00

| | | | | |
|---------------------------|------------------|------|-------------------------|--------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | 1,00 | Ohne: | 0,00 |
| | Ambulant: | 0,00 | Stationär: | 1,00 |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | 1611,0 |

B-[1].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

| Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse | |
|---|---|
| 1 | Leitung einer Station / eines Bereiches |
| 2 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| 3 | Praxisanleitung |
| 4 | Pflege in der Endoskopie |
| 5 | Casemanagement |

Qualitätsbericht 2018

B-[1].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

| Zusatzqualifikationen | |
|-----------------------|--|
| 1 | Endoskopie/Funktionsdiagnostik |
| 2 | Entlassungsmanagement <i>z. B. Überleitungspflege</i> |
| 3 | Ernährungsmanagement |
| 4 | Kontinenzmanagement |
| 5 | Qualitätsmanagement |
| 6 | Schmerzmanagement |
| 7 | Stomamanagement |
| 8 | Wundmanagement |
| 9 | Dekubitusmanagement |
| 10 | Sturzmanagement |

Qualitätsbericht 2018

B-[2] Innere Medizin/ Schwerpunkt Hämatologie-Onkologie

B-[2].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--|---|
| Abteilungsart: | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung: | Innere Medizin/ Schwerpunkt Hämatologie-Onkologie |
| Straße: | Wendstraße |
| Hausnummer: | 31 |
| PLZ: | 39576 |
| Ort: | Stendal |
| URL: | http://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/genthin-stendal/medizin-pflege/fachbereiche/haematologieonkologie-und-palliativmedizin/ |

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| Fachabteilungsschlüssel | |
|-------------------------|---|
| 1 | (0105) Inn. Medizin/Schwerp. Hämatologie/internist. Onkologie |

B-[2].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

| | |
|----------------|---|
| Name/Funktion: | PD Dr. med Martin Mohren, Chefarzt |
| Telefon: | 03931 660 |
| Fax: | 03931 217112 |
| E-Mail: | Krankenhaus@jksdl.de |
| Adresse: | Wendstraße 31 |
| PLZ/Ort: | 39576 Stendal |
| URL: | http://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/genthin-stendal/medizin-pflege/fachbereiche/haematologieonkologie-und-palliativmedizin/ |

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

| | |
|--|--------------------------------------|
| Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/ Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V: | Keine Zielvereinbarungen geschlossen |
|--|--------------------------------------|

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

| Medizinische Leistungsangebote | |
|--------------------------------|--|
| 1 | Sonografie des Abdomens |
| 2 | Sonografisch gestützte Punktionen (Pleura, Aszites) |
| 3 | Bestimmung der Zytomorphologie des Knochenmarks durch mikroskopische Diagnostik |
| 4 | Chemotherapie, Immuntherapie, Molekulare Therapie |
| 5 | Knochenmarkpunktion und Knochenstanzbiopsie |
| 6 | Palliative-Supportive Care und Schmerztherapie |
| 7 | Transfusion von Erythrozyten- und Thrombozytenkonzentraten |
| 8 | Infusion von Plasmabestandteilen (Frischplasma, Immunglobuline) |
| 9 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten |
| 10 | Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen |
| 11 | Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen |
| 12 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge |
| 13 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura |
| 14 | Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen |
| 15 | Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen |
| 16 | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten |
| 17 | Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation |
| 18 | Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS) |
| 19 | Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis |
| 20 | Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen |
| 21 | Schmerztherapie |

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

Die Aspekte der Barrierefreiheit werden im apitel A-7 abgebildet.

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

| | |
|--------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl: | 1059 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 0 |

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| | ICD | Bezeichnung | Fallzahl |
|---|-----|--|----------|
| 1 | J18 | Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet | 71 |
| 2 | C34 | Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge | 63 |

Qualitätsbericht 2018

| | ICD | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|-----|---|----------|
| 3 | B99 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten | 44 |
| 4 | C83 | Nicht follikuläres Lymphom | 42 |
| 5 | C92 | Myeloische Leukämie | 40 |
| 6 | D50 | Eisenmangelanämie | 35 |
| 7 | I50 | Herzinsuffizienz | 31 |
| 8 | C79 | Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen | 27 |
| 9 | C78 | Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane | 27 |
| 10 | A41 | Sonstige Sepsis | 25 |

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| | OPS | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|-------|---|----------|
| 1 | 9-984 | Pflegebedürftigkeit | 303 |
| 2 | 8-800 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat | 275 |
| 3 | 3-222 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel | 177 |
| 4 | 3-225 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel | 165 |
| 5 | 3-226 | Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel | 141 |
| 6 | 1-632 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie | 116 |
| 7 | 3-200 | Native Computertomographie des Schädels | 85 |
| 8 | 1-440 | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas | 59 |
| 9 | 1-650 | Diagnostische Koloskopie | 46 |
| 10 | 5-513 | Endoskopische Operationen an den Gallengängen | 21 |

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| | |
|---|--|
| 1 | Privatambulanz |
| 2 | Notfallambulanz (24h) |
| 3 | Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V |
| 4 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V |

Qualitätsbericht 2018

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

Trifft nicht zu.

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

| | |
|---|------|
| Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: | Nein |
| Stationäre BG-Zulassung: | Nein |

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 4,73 Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

| | | | | | |
|---------------------------|------------------|-----------------------------------|-------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | <input type="text" value="4,73"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> | |
| | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="4,73"/> | |
| Versorgungsform: | | | | Fälle je Anzahl: | <input type="text" value="223,9"/> |

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 4,73

| | | | | | |
|---------------------------|------------------|-----------------------------------|-------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | <input type="text" value="4,73"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> | |
| | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="4,73"/> | |
| Versorgungsform: | | | | Fälle je Anzahl: | <input type="text" value="223,9"/> |

B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)

| | |
|---|--|
| 1 | Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie |
| 2 | Innere Medizin und Rheumatologie |

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung

| | |
|---|------------------|
| 1 | Palliativmedizin |
|---|------------------|

Qualitätsbericht 2018

B-[2].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

40,00

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen
(Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 11,83

| | | | | |
|--------------------------------|------------------|-------|-----------------------------|-------|
| Beschäftigungs- verhältnis: | Mit: | 11,83 | Ohne: | 0,00 |
| | Ambulant: | 0,00 | Stationär: | 11,83 |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | 89,5 |

Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0,17

| | | | | |
|--------------------------------|------------------|------|-----------------------------|--------|
| Beschäftigungs- verhältnis: | Mit: | 0,17 | Ohne: | 0,00 |
| | Ambulant: | 0,00 | Stationär: | 0,17 |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | 6229,4 |

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in
Vollkräften

Gesamt: 1,50

| | | | | |
|--------------------------------|------------------|------|-----------------------------|-------|
| Beschäftigungs- verhältnis: | Mit: | 1,50 | Ohne: | 0,00 |
| | Ambulant: | 0,00 | Stationär: | 1,50 |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | 706,0 |

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in
Vollkräften

Gesamt: 1,32

| | | | | |
|--------------------------------|-------------|------|--------------|------|
| Beschäftigungs- verhältnis: | Mit: | 1,32 | Ohne: | 0,00 |
|--------------------------------|-------------|------|--------------|------|

Qualitätsbericht 2018

| | | |
|------------------|-----------------------|-------------------------------|
| Versorgungsform: | Ambulant: 0,00 | Stationär: 1,32 |
| | | Fälle je Anzahl: 802,3 |

B-[2].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

| Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse | |
|---|---|
| 1 | Leitung einer Station / eines Bereiches |
| 2 | Pflege in der Onkologie |
| 3 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| 4 | Praxisanleitung |
| 5 | Casemanagement |

B-[2].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

| Zusatzqualifikationen | |
|-----------------------|-----------------------|
| 1 | Entlassungsmanagement |
| 2 | Ernährungsmanagement |
| 3 | Kontinenzmanagement |
| 4 | Qualitätsmanagement |
| 5 | Schmerzmanagement |
| 6 | Stomamanagement |
| 7 | Wundmanagement |
| 8 | Dekubitusmanagement |
| 9 | Sturzmanagement |
| 10 | Palliative Care |

Qualitätsbericht 2018

B-[3] Innere Medizin/ Schwerpunkt Geriatrie

B-[3].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--|---|
| Abteilungsart: | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung: | Innere Medizin/ Schwerpunkt Geriatrie |
| Straße: | Wendstraße |
| Hausnummer: | 31 |
| PLZ: | 39576 |
| Ort: | Stendal |
| URL: | http://www.johanniter.de/?id=181053 |

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| Fachabteilungsschlüssel | |
|-------------------------|---|
| 1 | (0102) Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie |
| 2 | (0200) Geriatrie |
| 3 | (0290) Geriatrie/ohne Differenzierung nach Schwerpunkten (II) |

B-[3].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

| | |
|----------------|---|
| Name/Funktion: | PD Dr. med. Michael Gross, Chefarzt |
| Telefon: | 03931 660 |
| Fax: | 03931 217112 |
| E-Mail: | Krankenhaus@jksdl.de |
| Adresse: | Wendstraße 31 |
| PLZ/Ort: | 39576 Stendal |
| URL: | http://www.johanniter.de/?id=181053 |

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

| | |
|--|--------------------------------------|
| Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/ Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V: | Keine Zielvereinbarungen geschlossen |
|--|--------------------------------------|

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

| Medizinische Leistungsangebote | |
|--------------------------------|--|
| 1 | Diagnostik und Therapie internistischer Erkrankungen |

Qualitätsbericht 2018

| Medizinische Leistungsangebote | |
|--------------------------------|---|
| 2 | Diagnostik und beginnende Therapie von affektiven Störungen, Belastungs- und somatoformen Störungen |
| 3 | Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten |
| 4 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten |
| 5 | Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) |
| 6 | Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen |
| 7 | Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen |
| 8 | Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten |
| 9 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) |
| 10 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas |
| 11 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge |
| 12 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura |
| 13 | Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen |
| 14 | Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen |
| 15 | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten |
| 16 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen |
| 17 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen |
| 18 | Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis |
| 19 | Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen |
| 20 | Physikalische Therapie |
| 21 | Schmerztherapie |

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

Die Aspekte der Barrierefreiheit werden im apitel A-7 abgebildet.

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

| | |
|--------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl: | 495 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 0 |

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| | ICD | Bezeichnung | Fallzahl |
|---|-----|---|----------|
| 1 | S72 | Fraktur des Femurs | 62 |
| 2 | I63 | Hirnfarkt | 47 |
| 3 | R29 | Sonstige Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen | 32 |
| 4 | R26 | Störungen des Ganges und der Mobilität | 26 |
| 5 | J18 | Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet | 21 |

Qualitätsbericht 2018

| | ICD | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|-----|---|----------|
| 6 | E86 | Volumenmangel | 18 |
| 7 | I50 | Herzinsuffizienz | 17 |
| 8 | S32 | Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens | 17 |
| 9 | M48 | Sonstige Spondylopathien | 16 |
| 10 | M54 | Rückenschmerzen | 13 |

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| | OPS | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|-------|---|----------|
| 1 | 8-550 | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung | 405 |
| 2 | 9-984 | Pflegebedürftigkeit | 310 |
| 3 | 3-200 | Native Computertomographie des Schädels | 176 |
| 4 | 3-993 | Quantitative Bestimmung von Parametern | 147 |
| 5 | 3-800 | Native Magnetresonanztomographie des Schädels | 34 |
| 6 | 1-632 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie | 24 |
| 7 | 8-800 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat | 20 |
| 8 | 1-440 | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas | 17 |
| 9 | 9-200 | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen | 17 |
| 10 | 8-561 | Funktionsorientierte physikalische Therapie | 16 |

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| | |
|---|-----------------------|
| 1 | Notfallambulanz (24h) |
|---|-----------------------|

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

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

| | |
|---|------|
| Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: | Nein |
| Stationäre BG-Zulassung: | Nein |

Qualitätsbericht 2018

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 3,07 Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

| | | | | |
|---------------------------|-----------|------|------------------|-------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | 3,07 | Ohne: | 0,00 |
| | Ambulant: | 0,00 | Stationär: | 3,07 |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | 161,2 |

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 1,83

| | | | | |
|---------------------------|-----------|------|------------------|-------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | 1,83 | Ohne: | 0,00 |
| | Ambulant: | 0,00 | Stationär: | 1,83 |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | 270,5 |

B-[3].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)

| | |
|---|----------------|
| 1 | Innere Medizin |
|---|----------------|

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung

| | |
|---|-----------|
| 1 | Geriatric |
|---|-----------|

B-[3].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

40,00

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 8,25

Qualitätsbericht 2018

| | | | | |
|--------------------------------|------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| Beschäftigungs- verhältnis: | Mit: | <input type="text" value="8,25"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> |
| Versorgungsform: | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="8,25"/> |
| | | | Fälle je Anzahl: | <input type="text" value="60,0"/> |

Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 2,63

| | | | | |
|--------------------------------|------------------|-----------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| Beschäftigungs- verhältnis: | Mit: | <input type="text" value="2,63"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> |
| Versorgungsform: | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="2,63"/> |
| | | | Fälle je Anzahl: | <input type="text" value="188,2"/> |

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 2,17

| | | | | |
|--------------------------------|------------------|-----------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| Beschäftigungs- verhältnis: | Mit: | <input type="text" value="2,17"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> |
| Versorgungsform: | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="2,17"/> |
| | | | Fälle je Anzahl: | <input type="text" value="228,1"/> |

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt: 1,31

| | | | | |
|--------------------------------|------------------|-----------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| Beschäftigungs- verhältnis: | Mit: | <input type="text" value="1,31"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> |
| Versorgungsform: | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="1,31"/> |
| | | | Fälle je Anzahl: | <input type="text" value="377,9"/> |

B-[3].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

| Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse | |
|---|---|
| 1 | Leitung einer Station / eines Bereiches |
| 2 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| 3 | Pflege in der Rehabilitation |

Qualitätsbericht 2018

| Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse | |
|---|-----------------|
| 4 | Praxisanleitung |
| 5 | Casemanagement |

B-[3].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

| Zusatzqualifikationen | |
|-----------------------|-----------------------|
| 1 | Basale Stimulation |
| 2 | Bobath |
| 3 | Entlassungsmanagement |
| 4 | Ernährungsmanagement |
| 5 | Geriatric |
| 6 | Kinästhetik |
| 7 | Kontinenzmanagement |
| 8 | Qualitätsmanagement |
| 9 | Schmerzmanagement |
| 10 | Stomamanagement |
| 11 | Wundmanagement |
| 12 | Dekubitusmanagement |
| 13 | Sturzmanagement |

Qualitätsbericht 2018

B-[4] Innere Medizin/ Schwerpunkt Palliativmedizin

B-[4].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--|---|
| Abteilungsart: | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung: | Innere Medizin/ Schwerpunkt Palliativmedizin |
| Straße: | Wendstraße |
| Hausnummer: | 31 |
| PLZ: | 39576 |
| Ort: | Stendal |
| URL: | http://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/genthin-stendal/medizinpflege/fachbereiche/haematologieonkologie-und-palliativmedizin/ |

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| Fachabteilungsschlüssel | |
|-------------------------|-------------------------|
| 1 | (3752) Palliativmedizin |

B-[4].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

| | |
|----------------|---|
| Name/Funktion: | PD Dr. med. Martin Mohren, Chefarzt |
| Telefon: | 03931 660 |
| Fax: | 03931 217112 |
| E-Mail: | Krankenhaus@jksdl.de |
| Adresse: | Wendstraße 31 |
| PLZ/Ort: | 39576 Stendal |
| URL: | http://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/genthin-stendal/medizinpflege/fachbereiche/haematologieonkologie-und-palliativmedizin/ |

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

| | |
|--|--------------------------------------|
| Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/ Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V: | Keine Zielvereinbarungen geschlossen |
|--|--------------------------------------|

Qualitätsbericht 2018

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

| Medizinische Leistungsangebote | |
|--------------------------------|--|
| 1 | Palliativmedizinische Komplexbehandlung |
| 2 | Supportive Therapie |
| 3 | psychosoziale Unterstützung und Beratung |
| 4 | Organisation der pflegerischen und medizinischen häuslichen Versorgung |
| 5 | Schmerztherapie |
| 6 | Physikalische Therapie |

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

Die Aspekte der Barrierefreiheit werden im apitel A-7 abgebildet.

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

| | |
|--------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl: | 263 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 0 |

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| | ICD | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|-----|---|----------|
| 1 | C34 | Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge | 49 |
| 2 | C25 | Bösartige Neubildung des Pankreas | 23 |
| 3 | C16 | Bösartige Neubildung des Magens | 18 |
| 4 | C22 | Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge | 14 |
| 5 | C18 | Bösartige Neubildung des Kolons | 13 |
| 6 | C61 | Bösartige Neubildung der Prostata | 11 |
| 7 | C80 | Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation | 10 |
| 8 | C15 | Bösartige Neubildung des Ösophagus | 9 |
| 9 | C71 | Bösartige Neubildung des Gehirns | 9 |
| 10 | C20 | Bösartige Neubildung des Rektums | 8 |

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| | OPS | Bezeichnung | Fallzahl |
|---|-------|---|----------|
| 1 | 9-984 | Pflegebedürftigkeit | 140 |
| 2 | 8-982 | Palliativmedizinische Komplexbehandlung | 124 |
| 3 | 3-225 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel | 57 |
| 4 | 3-222 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel | 51 |

Qualitätsbericht 2018

| | OPS | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|-------|---|----------|
| 5 | 3-226 | Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel | 44 |
| 6 | 9-200 | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen | 37 |
| 7 | 3-200 | Native Computertomographie des Schädels | 19 |
| 8 | 3-207 | Native Computertomographie des Abdomens | 18 |
| 9 | 8-800 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat | 18 |
| 10 | 3-220 | Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel | 16 |

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

- 1 Privatambulanz
- 2 Notfallambulanz (24h)
- 3 Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

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

Trifft nicht zu.

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

| | |
|---|------|
| Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: | Nein |
| Stationäre BG-Zulassung: | Nein |

B-[4].11 Personelle Ausstattung

B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen

| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen) | | | | |
|--|-----------|--|------------------------------------|-----------------------------------|
| Gesamt: | 0,33 | Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: | 40,00 | |
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | <input type="text" value="0,33"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> |
| | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="0,33"/> |
| Versorgungsform: | | Fälle je Anzahl: | <input type="text" value="797,0"/> | |

Qualitätsbericht 2018

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 0,33

| | | | | |
|---------------------------|-----------|------|------------------|-------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | 0,33 | Ohne: | 0,00 |
| | Ambulant: | 0,00 | Stationär: | 0,33 |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | 797,0 |

B-[4].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) | |
|---|----------------|
| 1 | Innere Medizin |

B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

| Zusatz-Weiterbildung | |
|----------------------|---------------------------|
| 1 | Palliativmedizin |
| 2 | Spezielle Schmerztherapie |

B-[4].11.2 Pflegepersonal

B-[4].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

| Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse | |
|---|---|
| 1 | Leitung einer Station / eines Bereiches |
| 2 | Pflege in der Onkologie |
| 3 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| 4 | Praxisanleitung |
| 5 | Casemanagement |

B-[4].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

| Zusatzqualifikationen | |
|-----------------------|-----------------------|
| 1 | Entlassungsmanagement |
| 2 | Ernährungsmanagement |
| 3 | Kontinenzmanagement |
| 4 | Qualitätsmanagement |
| 5 | Schmerzmanagement |
| 6 | Stomamanagement |
| 7 | Wundmanagement |

Qualitätsbericht 2018

| Zusatzqualifikationen | |
|-----------------------|---------------------|
| 8 | Dekubitusmanagement |
| 9 | Sturzmanagement |
| 10 | Palliative Care |

B-[5] Innere Medizin/ Schwerpunkt Rheumatologie

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

| | |
|--|--|
| Abteilungsart: | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung: | Innere Medizin/ Schwerpunkt Rheumatologie |
| Straße: | Wendstraße |
| Hausnummer: | 31 |
| PLZ: | 39576 |
| Ort: | Stendal |
| URL: | https://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/genthin-stendal/medizin-pflege/fachbereiche/zentrum-innere-medizin/_____/klinik-_____/fuer-kardiologieangiologie-_____/und-rheumatologie/ |

B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| Fachabteilungsschlüssel | |
|-------------------------|--|
| 1 | (0992) Rheumatologie/ohne Diff. nach Schwerpunkten (IV) |
| 2 | (0991) Rheumatologie/ohne Diff. nach Schwerpunkten (III) |
| 3 | (0990) Rheumatologie/ohne Diff. nach Schwerpunkten (II) |
| 4 | (0900) Rheumatologie |
| 5 | (0109) Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie |

B-[5].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

| | |
|----------------|--|
| Name/Funktion: | PD Dr. med. Michael Gross, Chefarzt |
| Telefon: | 03931 660 |
| Fax: | 03931 217112 |
| E-Mail: | Krankenhaus@jksdl.de |
| Adresse: | Wendstraße 31 |
| PLZ/Ort: | 39576 Stendal |
| URL: | https://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/genthin-stendal/medizin-pflege/fachbereiche/zentrum-innere-medizin/_____/klinik-_____/fuer-kardiologieangiologie-_____/und-rheumatologie/ |

Qualitätsbericht 2018

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

| | |
|---|--------------------------------------|
| Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V: | Keine Zielvereinbarungen geschlossen |
|---|--------------------------------------|

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

| Medizinische Leistungsangebote | |
|--------------------------------|--|
| 1 | Bronchoskopie, Knochendichtemessung |
| 2 | Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes |
| 3 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren |
| 4 | Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen |
| 5 | Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten |
| 6 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge |
| 7 | Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen |
| 8 | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten |
| 9 | Spezialsprechstunde |
| 10 | Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis |
| 11 | Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen |
| 12 | Endoskopie |
| 13 | Physikalische Therapie |
| 14 | Schmerztherapie |
| 15 | Chronisch entzündliche Darmerkrankungen |

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

Die Aspekte der Barrierefreiheit werden im apitel A-7 abgebildet.

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

| | |
|--------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl: | 104 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 0 |

B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| | ICD | Bezeichnung | Fallzahl |
|---|-----|-------------------------------------|----------|
| 1 | M05 | Seropositive chronische Polyarthrit | 26 |
| 2 | M13 | Sonstige Arthrit | 9 |
| 3 | M06 | Sonstige chronische Polyarthrit | 9 |

Qualitätsbericht 2018

| | ICD | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|-----|---|----------|
| 4 | M54 | Rückenschmerzen | 8 |
| 5 | M10 | Gicht | 7 |
| 6 | L40 | Psoriasis | 6 |
| 7 | M35 | Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes | 5 |
| 8 | A46 | Erysipel [Wundrose] | < 4 |
| 9 | M60 | Myositis | < 4 |
| 10 | M08 | Juvenile Arthritis | < 4 |

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| | OPS | Bezeichnung | Fallzahl |
|---|-------|---|----------|
| 1 | 3-900 | Knochendichtemessung (alle Verfahren) | 68 |
| 2 | 8-561 | Funktionsorientierte physikalische Therapie | 45 |
| 3 | 8-547 | Andere Immuntherapie | 44 |
| 4 | 3-800 | Native Magnetresonanztomographie des Schädels | 13 |
| 5 | 9-984 | Pflegebedürftigkeit | 8 |
| 6 | 3-200 | Native Computertomographie des Schädels | 7 |
| 7 | 3-993 | Quantitative Bestimmung von Parametern | 4 |

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| | |
|---|---|
| 1 | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung) |
| 2 | Privatambulanz |
| 3 | Notfallambulanz (24h) |
| 4 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V |

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

Trifft nicht zu.

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

| | |
|---|------|
| Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: | Nein |
| Stationäre BG-Zulassung: | Nein |

Qualitätsbericht 2018

B-[5].11 Personelle Ausstattung

B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 1,00 Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

| | | | | |
|---------------------------|-----------|-----------------------------------|------------------|------------------------------------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | <input type="text" value="1,00"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> |
| | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="1,00"/> |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | <input type="text" value="104,0"/> |

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 1,00

| | | | | |
|---------------------------|-----------|-----------------------------------|------------------|------------------------------------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | <input type="text" value="1,00"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> |
| | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="1,00"/> |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | <input type="text" value="104,0"/> |

B-[5].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)

| | |
|---|----------------------------------|
| 1 | Innere Medizin und Rheumatologie |
|---|----------------------------------|

B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[5].11.2 Pflegepersonal

B-[5].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse

| | |
|---|---|
| 1 | Leitung einer Station / eines Bereiches |
| 2 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| 3 | Praxisanleitung |
| 4 | Casemanagement |

B-[5].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

| Zusatzqualifikationen | |
|-----------------------|-----------------------|
| 1 | Entlassungsmanagement |
| 2 | Ernährungsmanagement |
| 3 | Kontinenzmanagement |
| 4 | Qualitätsmanagement |
| 5 | Schmerzmanagement |
| 6 | Stomamanagement |
| 7 | Wundmanagement |
| 8 | Dekubitusmanagement |
| 9 | Sturzmanagement |

Qualitätsbericht 2018

B-[6] Innere Medizin/ Schwerpunkt Kardiologie

B-[6].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--|---|
| Abteilungsart: | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung: | Innere Medizin/ Schwerpunkt Kardiologie |
| Straße: | Wendstraße |
| Hausnummer: | 31 |
| PLZ: | 39576 |
| Ort: | Stendal |
| URL: | http://www.johanniter.de/?id=9819 |

B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| Fachabteilungsschlüssel | |
|-------------------------|--|
| 1 | (0300) Kardiologie |
| 2 | (0392) Kardiologie/ohne Diff. nach Schwerpunkten (IV) |
| 3 | (0390) Kardiologie/ohne Diff. nach Schwerpunkten (II) |
| 4 | (0103) Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie |
| 5 | (0391) Kardiologie/ohne Diff. nach Schwerpunkten (III) |

B-[6].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

| | |
|----------------|---|
| Name/Funktion: | PD Dr. med. Michael Gross, Chefarzt |
| Telefon: | 03931 660 |
| Fax: | 03931 217112 |
| E-Mail: | Krankenhaus@jksdl.de |
| Adresse: | Wendstraße 31 |
| PLZ/Ort: | 39576 Stendal |
| URL: | http://www.johanniter.de/?id=9819 |

B-[6].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

| | |
|--|--------------------------------------|
| Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/ Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V: | Keine Zielvereinbarungen geschlossen |
|--|--------------------------------------|

B-[6].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| Medizinische Leistungsangebote | |
|--------------------------------|--|
| 1 | Kardiale Resynchronisationstherapie |
| 2 | Elektrophysiologische Untersuchung und Ablation |
| 3 | NMR-Untersuchung des Herzens |
| 4 | Nicht-invasive kardiologische Funktionsdiagnostik (EKG, Ergometrie, Spirometrie, transthorakale und transoesophageale) |
| 5 | Herkatheterdiagnostik und Ballondilatation, Stentimplantation |
| 6 | Implantation von Defibrillatoren (AICD) |
| 7 | Stress-Echokardiographie |
| 8 | Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten |
| 9 | Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes |
| 10 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit |
| 11 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren |
| 12 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten |
| 13 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten |
| 14 | Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) |
| 15 | Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen |
| 16 | Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten |
| 17 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge |
| 18 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura |
| 19 | Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen |
| 20 | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten |
| 21 | Intensivmedizin |
| 22 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen |
| 23 | Spezialsprechstunde |
| 24 | Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen |
| 25 | Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin |
| 26 | Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen |
| 27 | Elektrophysiologie |
| 28 | Defibrillatoreingriffe |
| 29 | Schrittmachereingriffe |
| 30 | Eingriffe am Perikard |

Qualitätsbericht 2018

B-[6].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Die Aspekte der Barrierefreiheit werden im apitel A-7 abgebildet.

B-[6].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl: | 3814 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 0 |

B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| | ICD | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|-----|--|----------|
| 1 | I20 | Angina pectoris | 863 |
| 2 | I50 | Herzinsuffizienz | 520 |
| 3 | I48 | Vorhofflimmern und Vorhofflattern | 441 |
| 4 | I21 | Akuter Myokardinfarkt | 297 |
| 5 | I10 | Essentielle (primäre) Hypertonie | 224 |
| 6 | R07 | Hals- und Brustschmerzen | 169 |
| 7 | J44 | Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit | 164 |
| 8 | J18 | Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet | 152 |
| 9 | R55 | Synkope und Kollaps | 115 |
| 10 | J40 | Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet | 74 |

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| | OPS | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|-------|---|----------|
| 1 | 8-83b | Zusatzinformationen zu Materialien | 2369 |
| 2 | 8-837 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen | 1867 |
| 3 | 1-275 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung | 1733 |
| 4 | 9-984 | Pflegebedürftigkeit | 774 |
| 5 | 8-640 | Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus | 327 |
| 6 | 8-930 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes | 292 |
| 7 | 3-052 | Transösophageale Echokardiographie [TEE] | 292 |
| 8 | 3-200 | Native Computertomographie des Schädels | 268 |
| 9 | 8-831 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße | 242 |
| 10 | 8-980 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) | 209 |

Qualitätsbericht 2018

B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| | |
|---|--|
| 1 | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) |
| 2 | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung) |
| 3 | Privatambulanz |
| 4 | Notfallambulanz (24h) |
| 5 | Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V |
| 6 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V |

B-[6].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| | OPS | Bezeichnung | Fallzahl |
|---|-------|---|----------|
| 1 | 1-275 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung | 398 |
| 2 | 5-378 | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators | 26 |
| 3 | 5-377 | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders | 12 |
| 4 | 3-604 | Arteriographie der Gefäße des Abdomens | 8 |
| 5 | 3-605 | Arteriographie der Gefäße des Beckens | 7 |

B-[6].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

| | |
|---|------|
| Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: | Nein |
| Stationäre BG-Zulassung: | Nein |

Qualitätsbericht 2018

B-[6].11 Personelle Ausstattung

B-[6].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 14,32 Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

| | | | | |
|---------------------------|-----------|-------|------------------|-------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | 14,32 | Ohne: | 0,00 |
| | Ambulant: | 0,00 | Stationär: | 14,32 |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | 266,3 |

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 7,48

| | | | | |
|---------------------------|-----------|------|------------------|-------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | 7,48 | Ohne: | 0,00 |
| | Ambulant: | 0,00 | Stationär: | 7,48 |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | 509,9 |

B-[6].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)

| | |
|---|--------------------------------|
| 1 | Innere Medizin und Kardiologie |
| 2 | Innere Medizin und Angiologie |

B-[6].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung

| | |
|---|------------------|
| 1 | Palliativmedizin |
|---|------------------|

B-[6].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

40,00

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 25,15

Qualitätsbericht 2018

| | | | | |
|--------------------------------|------------------|------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| Beschäftigungs- verhältnis: | Mit: | <input type="text" value="25,15"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> |
| Versorgungsform: | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="25,15"/> |
| | | | Fälle je Anzahl: | <input type="text" value="151,7"/> |

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 0,75

| | | | | |
|--------------------------------|------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| Beschäftigungs- verhältnis: | Mit: | <input type="text" value="0,75"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> |
| Versorgungsform: | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="0,75"/> |
| | | | Fälle je Anzahl: | <input type="text" value="5085,3"/> |

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt: 1,00

| | | | | |
|--------------------------------|------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| Beschäftigungs- verhältnis: | Mit: | <input type="text" value="1,00"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> |
| Versorgungsform: | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="1,00"/> |
| | | | Fälle je Anzahl: | <input type="text" value="3814,0"/> |

B-[6].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

| Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse | |
|---|---|
| 1 | Leitung einer Station / eines Bereiches |
| 2 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| 3 | Praxisanleitung |
| 4 | Casemanagement |

Qualitätsbericht 2018

B-[6].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

| Zusatzqualifikationen | |
|-----------------------|--------------------------------|
| 1 | Endoskopie/Funktionsdiagnostik |
| 2 | Entlassungsmanagement |
| 3 | Ernährungsmanagement |
| 4 | Kontinenzmanagement |
| 5 | Qualitätsmanagement |
| 6 | Schmerzmanagement |
| 7 | Stomamanagement |
| 8 | Wundmanagement |
| 9 | Dekubitusmanagement |
| 10 | Sturzmanagement |

B-[7] Pädiatrie

B-[7].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--|---|
| Abteilungsart: | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung: | Pädiatrie |
| Straße: | Bahnhofstraße |
| Hausnummer: | 24-26 |
| PLZ: | 39576 |
| Ort: | Stendal |
| URL: | http://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/genthin-stendal/medizin-pflege/fachbereiche/kinder- u- jugendmedizin/ |

B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| Fachabteilungsschlüssel | |
|-------------------------|--|
| 1 | (1000) Pädiatrie |
| 2 | (1050) Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin |
| 3 | (1007) Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie |
| 4 | (1028) Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie |
| 5 | (1012) Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie |
| 6 | (1011) Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie |
| 7 | (1200) Neonatologie |

B-[7].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

| | |
|----------------|---|
| Name/Funktion: | Dr. med. Hans-Peter Sperling, Chefarzt |
| Telefon: | 03931 666 |
| Fax: | 03931 217112 |
| E-Mail: | Krankenhaus@jksdl.de |
| Adresse: | Bahnhofstraße 24-26 |
| PLZ/Ort: | 39576 Stendal |
| URL: | http://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/genthin-stendal/medizin-pflege/fachbereiche/kinder- u- jugendmedizin/ |

B-[7].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

| | |
|--|--------------------------------------|
| Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/ Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V: | Keine Zielvereinbarungen geschlossen |
|--|--------------------------------------|

B-[7].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| Medizinische Leistungsangebote | |
|--------------------------------|--|
| 1 | Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen |
| 2 | Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation |
| 3 | Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen |
| 4 | Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen |
| 5 | Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes) |
| 6 | Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes |
| 7 | Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas |
| 8 | Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge |
| 9 | Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen |
| 10 | Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin |
| 11 | Diagnostik und Therapie von Allergien |
| 12 | Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS) |
| 13 | Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen |
| 14 | Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen |
| 15 | Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen |
| 16 | Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/ neurodegenerativen Erkrankungen |
| 17 | Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen |
| 18 | Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien |
| 19 | Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener |
| 20 | Versorgung von Mehrlingen |
| 21 | Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärzten und Frauenärztinnen |
| 22 | Neugeborenencreening |
| 23 | Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter |

Qualitätsbericht 2018

| Medizinische Leistungsangebote | |
|--------------------------------|--|
| 24 | Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes |
| 25 | Spezialsprechstunde |
| 26 | Kinderchirurgie |
| 27 | Neuropädiatrie |
| 28 | Neonatologie |
| 29 | Diagnostik und Therapie von Wachstumsstörungen |
| 30 | Kinderkardiologie |
| 31 | Kindergastroenterologie |

B-[7].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Die Aspekte der Barrierefreiheit werden im apitel A-7 abgebildet.

B-[7].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl: | 1642 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 0 |

B-[7].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| | ICD | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|-----|--|----------|
| 1 | J20 | Akute Bronchitis | 110 |
| 2 | J06 | Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege | 105 |
| 3 | A08 | Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen | 90 |
| 4 | A09 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs | 83 |
| 5 | R10 | Bauch- und Beckenschmerzen | 77 |
| 6 | J18 | Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet | 54 |
| 7 | S00 | Oberflächliche Verletzung des Kopfes | 54 |
| 8 | S06 | Intrakranielle Verletzung | 52 |
| 9 | K59 | Sonstige funktionelle Darmstörungen | 46 |
| 10 | P07 | Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert | 43 |

B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| | OPS | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|-------|---|----------|
| 1 | 1-207 | Elektroenzephalographie (EEG) | 164 |
| 2 | 1-208 | Registrierung evozierter Potentiale | 163 |
| 3 | 8-930 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes | 128 |
| 4 | 9-262 | Postnatale Versorgung des Neugeborenen | 124 |
| 5 | 8-010 | Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen | 115 |
| 6 | 1-760 | Belastungstest mit Substanzen zum Nachweis einer Stoffwechselstörung | 99 |
| 7 | 3-800 | Native Magnetresonanztomographie des Schädels | 59 |
| 8 | 8-711 | Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen | 46 |
| 9 | 8-900 | Intravenöse Anästhesie | 39 |
| 10 | 8-706 | Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung | 28 |

B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| | |
|---|--|
| 1 | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) |
| 2 | Privatambulanz |
| 3 | Notfallambulanz (24h) |
| 4 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V |

B-[7].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-[7].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

| | OPS | Bezeichnung | Fallzahl |
|---|-------|------------------------------------|----------|
| 1 | 5-631 | Exzision im Bereich der Epididymis | < 4 |
| 2 | 5-640 | Operationen am Präputium | < 4 |
| 3 | 5-624 | Orchidopexie | < 4 |

Qualitätsbericht 2018

B-[7].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

| | |
|---|------|
| Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: | Nein |
| Stationäre BG-Zulassung: | Nein |

B-[7].11 Personelle Ausstattung

B-[7].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 8,55 Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

| | | | | |
|---------------------------|------------------|-----------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | <input type="text" value="8,55"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> |
| | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="8,55"/> |
| Versorgungsform: | | | | Fälle je Anzahl: |
| | | | | <input type="text" value="192,0"/> |

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 5,00

| | | | | |
|---------------------------|------------------|-----------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | <input type="text" value="5,00"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> |
| | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="5,00"/> |
| Versorgungsform: | | | | Fälle je Anzahl: |
| | | | | <input type="text" value="328,4"/> |

B-[7].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)

| | |
|---|--|
| 1 | Kinder- und Jugendmedizin |
| 2 | Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder-Kardiologie |
| 3 | Kinder- und Jugendmedizin, SP Neonatologie |
| 4 | Kinder- und Jugendmedizin, SP Neuropädiatrie |

B-[7].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung

| | |
|---|------------------------------|
| 1 | Kinder-Gastroenterologie |
| 2 | Intensivmedizin |
| | Pädiatrische Intensivmedizin |

Qualitätsbericht 2018

B-[7].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

40,00

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen
(Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0,00

| | | | | |
|--------------------------------|------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| Beschäftigungs- verhältnis: | Mit: | <input type="text" value="0,00"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> |
| | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="0,00"/> |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | <input type="text" value="0,0"/> |

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen
(Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 16,82

| | | | | |
|--------------------------------|------------------|------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| Beschäftigungs- verhältnis: | Mit: | <input type="text" value="16,82"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> |
| | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="16,82"/> |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | <input type="text" value="97,6"/> |

B-[7].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

| Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse | |
|---|---|
| 1 | Leitung einer Station / eines Bereiches |
| 2 | Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege |
| 3 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| 4 | Praxisanleitung |
| 5 | Casemanagement |

Qualitätsbericht 2018

B-[7].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

| Zusatzqualifikationen | |
|-----------------------|--------------------------------|
| 1 | Endoskopie/Funktionsdiagnostik |
| 2 | Entlassungsmanagement |
| 3 | Ernährungsmanagement |
| 4 | Kontinenzmanagement |
| 5 | Qualitätsmanagement |
| 6 | Schmerzmanagement |
| 7 | Stomamanagement |
| 8 | Wundmanagement |
| 9 | Dekubitusmanagement |
| 10 | Sturzmanagement |

B-[8] Allgemein- und Viszeralchirurgie

B-[8].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--|---|
| Abteilungsart: | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung: | Allgemein- und Viszeralchirurgie |
| Straße: | Wendstraße |
| Hausnummer: | 31 |
| PLZ: | 39576 |
| Ort: | Stendal |
| URL: | https://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/genthin-stendal/medizinpflege/fachbereiche/allgemein-und-viszeralchirurgie/ |

B-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| Fachabteilungsschlüssel | |
|-------------------------|-----------------------------|
| 1 | (1500) Allgemeine Chirurgie |

B-[8].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

| | |
|----------------|---|
| Name/Funktion: | Prof. Dr. med. Jörg Fahlke, Chefarzt |
| Telefon: | 03931 660 |
| Fax: | 03931 217112 |
| E-Mail: | Krankenhaus@jksdl.de |
| Adresse: | Wendstraße 31 |
| PLZ/Ort: | 39576 Stendal |
| URL: | https://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/genthin-stendal/medizinpflege/fachbereiche/allgemein-und-viszeralchirurgie/ |

B-[8].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

| | |
|---|--------------------------------------|
| Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V: | Keine Zielvereinbarungen geschlossen |
|---|--------------------------------------|

B-[8].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| Medizinische Leistungsangebote | |
|--------------------------------|--|
| 1 | Bösartige Erkrankungen am Magen- / Darmtrakt Dickdarm und Enddarm, Magen Bauchspeicheldrüse, Leber Gallenblase und Gallengang |
| 2 | Schilddrüsenchirurgie - Funktionsorientierte Resektion gutartiger Schilddrüsenerkrankungen mit Neuromonitoring des Stimmbandnerven und Darstellung der Nebenschilddrüsen |
| 3 | Gallensteinleiden - Laparoskopische Gallenblasenoperation, Endoskopische Entfernung von Gallengangssteinen (mit der Klinik für Innere Medizin) |
| 4 | Schlüsselloch"-Chirurgie - Gallenblase, Leistenbruch, Blinddarm, Refluxkrankheit, Dickdarm, Lunge, Ernährungssonden |
| 5 | Hernienchirurgie <i>Leistenbrüche und Nabelbrüche bei Erwachsenen und Kindern (auch Kleinkinder und Säuglinge) Narbenbrüche</i> |
| 6 | Hämorrhoiden, Abszesse, Fisteln, Fissuren |
| 7 | Behandlung von Dekubitalgeschwüren |
| 8 | Endokrine Chirurgie |
| 9 | Magen-Darm-Chirurgie |
| 10 | Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie |
| 11 | Tumorchirurgie |
| 12 | Portimplantation |
| 13 | Minimalinvasive laparoskopische Operationen |
| 14 | Minimalinvasive endoskopische Operationen |
| 15 | Spezialsprechstunde |
| 16 | Notfallmedizin |

B-[8].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Die Aspekte der Barrierefreiheit werden im apitel A-7 abgebildet.

B-[8].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl: | 1310 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 0 |

Qualitätsbericht 2018

B-[8].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| | ICD | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|-----|-------------------------------------|----------|
| 1 | K80 | Cholelithiasis | 146 |
| 2 | K40 | Hernia inguinalis | 121 |
| 3 | K35 | Akute Appendizitis | 99 |
| 4 | K57 | Divertikulose des Darmes | 94 |
| 5 | C18 | Bösartige Neubildung des Kolons | 81 |
| 6 | C20 | Bösartige Neubildung des Rektums | 67 |
| 7 | L02 | Hautabszess, Furunkel und Karbunkel | 48 |
| 8 | K43 | Hernia ventralis | 43 |
| 9 | E04 | Sonstige nichttoxische Struma | 43 |
| 10 | R10 | Bauch- und Beckenschmerzen | 41 |

B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| | OPS | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|-------|---|----------|
| 1 | 5-98c | Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme | 296 |
| 2 | 3-225 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel | 229 |
| 3 | 8-930 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes | 184 |
| 4 | 5-932 | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung | 154 |
| 5 | 3-207 | Native Computertomographie des Abdomens | 148 |
| 6 | 5-511 | Cholezystektomie | 147 |
| 7 | 5-455 | Partielle Resektion des Dickdarmes | 127 |
| 8 | 5-530 | Verschluss einer Hernia inguinalis | 121 |
| 9 | 5-470 | Appendektomie | 108 |
| 10 | 8-800 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat | 107 |

B-[8].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| | |
|---|--|
| 1 | Privatambulanz |
| 2 | Notfallambulanz (24h) |
| 3 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V |

Qualitätsbericht 2018

B-[8].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| | OPS | Bezeichnung | Fallzahl |
|---|-------|---|----------|
| 1 | 5-399 | Andere Operationen an Blutgefäßen | 86 |
| 2 | 5-534 | Verschluss einer Hernia umbilicalis | 19 |
| 3 | 5-530 | Verschluss einer Hernia inguinalis | 13 |
| 4 | 5-401 | Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße | < 4 |
| 5 | 1-444 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt | < 4 |
| 6 | 5-535 | Verschluss einer Hernia epigastrica | < 4 |
| 7 | 1-650 | Diagnostische Koloskopie | < 4 |
| 8 | 5-536 | Verschluss einer Narbenhernie | < 4 |
| 9 | 5-897 | Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis | < 4 |

B-[8].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

| | |
|---|------|
| Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: | Nein |
| Stationäre BG-Zulassung: | Nein |

B-[8].11 Personelle Ausstattung

B-[8].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 8,51 Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

| | | | | |
|---------------------------|------------------|-----------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | <input type="text" value="8,51"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> |
| | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="8,51"/> |
| Versorgungsform: | | | | Fälle je Anzahl: |
| | | | | <input type="text" value="153,9"/> |

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 5,68

| | | | | |
|---------------------------|------------------|-----------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | <input type="text" value="5,68"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> |
| | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="5,68"/> |
| Versorgungsform: | | | | Fälle je Anzahl: |
| | | | | <input type="text" value="230,6"/> |

Qualitätsbericht 2018

B-[8].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) | |
|---|--------------------|
| 1 | Allgemeinchirurgie |
| 2 | Viszeralchirurgie |
| 3 | Gefäßchirurgie |

B-[8].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[8].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

40,00

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen
(Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 10,54

| | | | | |
|---------------------------|------------------|-------|-------------------------|-------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | 10,54 | Ohne: | 0,00 |
| | Ambulant: | 0,00 | Stationär: | 10,54 |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | 124,3 |

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen
(Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0,38

| | | | | |
|---------------------------|------------------|------|-------------------------|--------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | 0,38 | Ohne: | 0,00 |
| | Ambulant: | 0,00 | Stationär: | 0,38 |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | 3447,4 |

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt: 1,61

| | | | | |
|---------------------------|-------------|------|--------------|------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | 1,61 | Ohne: | 0,00 |
|---------------------------|-------------|------|--------------|------|

Qualitätsbericht 2018

| | | |
|------------------|-----------------------|-------------------------------|
| Versorgungsform: | Ambulant: 0,00 | Stationär: 1,61 |
| | | Fälle je Anzahl: 813,7 |

B-[8].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

| Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse | |
|---|---|
| 1 | Leitung einer Station / eines Bereiches |
| 2 | Pflege im Operationsdienst |
| 3 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| 4 | Pflege in der Endoskopie |
| 5 | Praxisanleitung |
| 6 | Casemanagement |

B-[8].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

| Zusatzqualifikationen | |
|-----------------------|-----------------------|
| 1 | Entlassungsmanagement |
| 2 | Ernährungsmanagement |
| 3 | Kontinenzmanagement |
| 4 | Qualitätsmanagement |
| 5 | Schmerzmanagement |
| 6 | Stomamanagement |
| 7 | Wundmanagement |
| 8 | Dekubitusmanagement |
| 9 | Sturzmanagement |
| 10 | Palliative Care |
| 11 | OP-Koordination |

B-[9] Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

B-[9].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--|---|
| Abteilungsart: | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung: | Unfall- und Wiederherstellungschirurgie |
| Straße: | Wendstraße |
| Hausnummer: | 31 |
| PLZ: | 39576 |
| Ort: | Stendal |
| URL: | http://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/genthin-stendal/medizinpflege/fachbereiche/unfall-und-wiederherstellungschirurgie/ |

B-[9].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| Fachabteilungsschlüssel | |
|-------------------------|---|
| 1 | (1516) Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie |
| 2 | (1600) Unfallchirurgie |

B-[9].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

| | |
|----------------|---|
| Name/Funktion: | Dr. med. Senat Krasnici, Chefarzt |
| Telefon: | 03931 660 |
| Fax: | 03931 217112 |
| E-Mail: | Krankenhaus@jksdl.de |
| Adresse: | Wendstraße 31 |
| PLZ/Ort: | 39576 Stendal |
| URL: | http://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/genthin-stendal/medizinpflege/fachbereiche/unfall-und-wiederherstellungschirurgie/ |

B-[9].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

| | |
|---|--------------------------------------|
| Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V: | Keine Zielvereinbarungen geschlossen |
|---|--------------------------------------|

B-[9].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| Medizinische Leistungsangebote | |
|--------------------------------|--|
| 1 | Metall-/Fremdkörperentfernungen |
| 2 | Bandrekonstruktionen/Plastiken |
| 3 | Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik |
| 4 | Behandlung von Dekubitalgeschwüren |
| 5 | Septische Knochenchirurgie |
| 6 | Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen |
| 7 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes |
| 8 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses |
| 9 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax |
| 10 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens |
| 11 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes |
| 12 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes |
| 13 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand |
| 14 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels |
| 15 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels |
| 16 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes |
| 17 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen |
| 18 | Amputationschirurgie |
| 19 | Wirbelsäulenchirurgie |
| 20 | Verbrennungschirurgie |
| 21 | Fußchirurgie |
| 22 | Handchirurgie |
| 23 | Schulterchirurgie |
| 24 | Sportmedizin/Sporttraumatologie |
| 25 | plastische Deckung von Defekten (Spalthauttransplantation/ Vollhauttransplantation ohne ästhetische Chirurgie) |

B-[9].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Die Aspekte der Barrierefreiheit werden im apitel A-7 abgebildet.

B-[9].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl: | 1255 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 0 |

Qualitätsbericht 2018

B-[9].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| | ICD | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|-----|--|----------|
| 1 | S06 | Intrakranielle Verletzung | 196 |
| 2 | S52 | Fraktur des Unterarmes | 141 |
| 3 | S82 | Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes | 131 |
| 4 | S72 | Fraktur des Femurs | 112 |
| 5 | S42 | Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes | 104 |
| 6 | S22 | Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule | 47 |
| 7 | S32 | Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens | 42 |
| 8 | L03 | Phlegmone | 36 |
| 9 | M75 | Schulterläsionen | 30 |
| 10 | S61 | Offene Wunde des Handgelenkes und der Hand | 28 |

B-[9].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| | OPS | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|-------|---|----------|
| 1 | 3-200 | Native Computertomographie des Schädels | 195 |
| 2 | 9-984 | Pflegebedürftigkeit | 185 |
| 3 | 5-790 | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese | 181 |
| 4 | 5-794 | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens | 178 |
| 5 | 5-900 | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut | 147 |
| 6 | 5-793 | Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens | 139 |
| 7 | 8-800 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat | 129 |
| 8 | 3-206 | Native Computertomographie des Beckens | 119 |
| 9 | 3-225 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel | 117 |
| 10 | 3-205 | Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems | 107 |

B-[9].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| | |
|---|--|
| 1 | Privatambulanz |
| 2 | Notfallambulanz (24h) |
| 3 | D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz |
| 4 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V |

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

| | OPS | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|-------|---|----------|
| 1 | 5-787 | Entfernung von Osteosynthesematerial | 65 |
| 2 | 5-812 | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken | 39 |
| 3 | 5-056 | Neurolyse und Dekompression eines Nerven | 11 |
| 4 | 8-201 | Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese | 11 |
| 5 | 5-841 | Operationen an Bändern der Hand | 10 |
| 6 | 5-842 | Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger | 8 |
| 7 | 1-697 | Diagnostische Arthroskopie | 5 |
| 8 | 5-849 | Andere Operationen an der Hand | < 4 |
| 9 | 5-846 | Arthrodese an Gelenken der Hand | < 4 |
| 10 | 5-863 | Amputation und Exartikulation Hand | < 4 |

B-[9].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

| | |
|---|----|
| Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: | Ja |
| Stationäre BG-Zulassung: | Ja |

B-[9].11 Personelle Ausstattung

B-[9].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 9,31 Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

| | | | | |
|---------------------------|------------------|-----------------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | <input type="text" value="9,31"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> |
| | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="9,31"/> |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | <input type="text" value="134,8"/> |

Qualitätsbericht 2018

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 5,72

| | | | | |
|---------------------------|------------------|-----------------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | <input type="text" value="5,72"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> |
| | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="5,72"/> |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | <input type="text" value="219,4"/> |

B-[9].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) | |
|---|--------------------------------|
| 1 | Orthopädie und Unfallchirurgie |
| 2 | Allgemeinchirurgie |

B-[9].11.1.2 Zusatzweiterbildung

| Zusatz-Weiterbildung | |
|----------------------|---------------------------|
| 1 | Spezielle Unfallchirurgie |

B-[9].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 11,41

| | | | | |
|---------------------------|------------------|------------------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | <input type="text" value="11,41"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> |
| | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="11,41"/> |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | <input type="text" value="110,0"/> |

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 0,46

| | | | | |
|---------------------------|-------------|-----------------------------------|--------------|-----------------------------------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | <input type="text" value="0,46"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> |
|---------------------------|-------------|-----------------------------------|--------------|-----------------------------------|

Qualitätsbericht 2018

| | | |
|------------------|--|---|
| Versorgungsform: | Ambulant: <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: <input type="text" value="0,46"/> |
| | | Fälle je Anzahl: <input type="text" value="2728,3"/> |

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt: 1,00

| | | |
|---------------------------|--|---|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: <input type="text" value="1,00"/> | Ohne: <input type="text" value="0,00"/> |
| | | |
| Versorgungsform: | Ambulant: <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: <input type="text" value="1,00"/> |
| | | Fälle je Anzahl: <input type="text" value="1255,0"/> |

B-[9].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

| Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse | |
|---|---|
| 1 | Leitung einer Station / eines Bereiches |
| 2 | Pflege im Operationsdienst |
| 3 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| 4 | Praxisanleitung |
| 5 | Casemanagement |

B-[9].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

| Zusatzqualifikationen | |
|-----------------------|-----------------------|
| 1 | Entlassungsmanagement |
| 2 | Ernährungsmanagement |
| 3 | Kontinenzmanagement |
| 4 | Qualitätsmanagement |
| 5 | Schmerzmanagement |
| 6 | Stomamanagement |
| 7 | Wundmanagement |
| 8 | Dekubitusmanagement |
| 9 | Sturzmanagement |
| 10 | OP-Koordination |

Qualitätsbericht 2018

B-[10] Allgemeine Chirurgie/ Schwerpunkt Gefäßchirurgie

B-[10].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--|---|
| Abteilungsart: | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung: | Allgemeine Chirurgie/ Schwerpunkt Gefäßchirurgie |
| Straße: | Wendstraße |
| Hausnummer: | 31 |
| PLZ: | 39576 |
| Ort: | Stendal |
| URL: | http://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/genthin-stendal/medizin-pflege/fachbereiche/gefaesschirurgie/ |

B-[10].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| Fachabteilungsschlüssel | |
|-------------------------|---|
| 1 | (1891) Gefäßchirurgie/ohne Diff. nach Schwerpunkten (III) |
| 2 | (1892) Gefäßchirurgie/ohne Diff. nach Schwerpunkten (IV) |
| 3 | (1518) Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie |
| 4 | (1800) Gefäßchirurgie |

B-[10].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

| | |
|----------------|---|
| Name/Funktion: | Prof. Dr. med. Jörg Fahlke, Chefarzt |
| Telefon: | 03931 660 |
| Fax: | 03931 217112 |
| E-Mail: | Krankenhaus@jksdl.de |
| Adresse: | Wendstraße 31 |
| PLZ/Ort: | 39576 Stendal |
| URL: | http://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/genthin-stendal/medizin-pflege/fachbereiche/gefaesschirurgie/ |

B-[10].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

| | |
|--|--------------------------------------|
| Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/ Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V: | Keine Zielvereinbarungen geschlossen |
|--|--------------------------------------|

B-[10].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| Medizinische Leistungsangebote | |
|--------------------------------|--|
| 1 | Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen |
| 2 | Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen |
| 3 | Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen |
| 4 | Dialyseshuntchirurgie |
| 5 | Behandlung des diabetischen Fußsyndroms (DFS), interdisziplinär |
| 6 | Indikationssprechstunde |
| 7 | Diagnostik der arteriellen und venösen Gefäßerkrankungen mittels Farbkodierter Duplexsonographie, Dopplersonographie, Magnetresonanztomographie, CT und Digitaler Subtraktionsangiographie |
| 8 | offen chirurgische und endovaskuläre Therapie der Erkrankungen der Gefäße der oberen Extremität |
| 9 | offen chirurgische und endovaskuläre Therapie der Erkrankungen der Gefäße der unteren Extremität inkl. der Atherektomie und Rotationsthrombektomie |
| 10 | offen chirurgische und endovaskuläre Therapie der Erkrankungen der Eingeweidegefäße von Nieren, Darm , Magen und Leber |
| 11 | offen chirurgische und endovaskuläre Therapie der Erkrankungen der Gefäße des Bauch- und Beckenbereiches |
| 12 | Gliedmaßenamputation und moderne offene Wundbehandlung von chronischen Wunden inkl. Biochirurgie |
| 13 | Infusionstherapie / Lyse von Durchblutungsstörungen |
| 14 | Aortenaneurysmachirurgie abdominal offen chirurgisch und endovaskulär |
| 15 | endovenöse Therapie der komplexen tiefen Bein- und Beckenvenenthrombose |
| 16 | Ambulante und stationäre Behandlung von Varizen, endovenöse Krampfadertherapie (Radiofrequenz) |
| 17 | Komplextherapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen (Postthrombotisches Syndrom, Ulcus cruris venosum) |

B-[10].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Die Aspekte der Barrierefreiheit werden im apitel A-7 abgebildet.

B-[10].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl: | 815 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 0 |

B-[10].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| | ICD | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|-----|--|----------|
| 1 | I70 | Atherosklerose | 339 |
| 2 | I65 | Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt | 66 |
| 3 | N18 | Chronische Nierenkrankheit | 59 |
| 4 | E11 | Diabetes mellitus, Typ 2 | 39 |
| 5 | T82 | Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen | 37 |
| 6 | I74 | Arterielle Embolie und Thrombose | 37 |
| 7 | I71 | Aortenaneurysma und -dissektion | 33 |
| 8 | A46 | Erysipel [Wundrose] | 31 |
| 9 | I87 | Sonstige Venenkrankheiten | 20 |
| 10 | I80 | Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis | 18 |

B-[10].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| | OPS | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|-------|---|----------|
| 1 | 8-836 | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention | 418 |
| 2 | 5-381 | Enderarteriektomie | 310 |
| 3 | 8-83b | Zusatzinformationen zu Materialien | 300 |
| 4 | 3-607 | Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten | 292 |
| 5 | 9-984 | Pflegebedürftigkeit | 237 |
| 6 | 5-930 | Art des Transplantates | 183 |
| 7 | 3-605 | Arteriographie der Gefäße des Beckens | 156 |
| 8 | 8-840 | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents | 137 |
| 9 | 3-225 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel | 110 |
| 10 | 5-380 | Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen | 109 |

B-[10].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| | |
|---|--|
| 1 | Privatambulanz |
| 2 | Notfallambulanz (24h) |
| 3 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V |

Qualitätsbericht 2018

B-[10].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| | OPS | Bezeichnung | Fallzahl |
|---|-------|--|----------|
| 1 | 5-385 | Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen | 56 |
| 2 | 5-399 | Andere Operationen an Blutgefäßen | 12 |
| 3 | 5-394 | Revision einer Blutgefäßoperation | < 4 |
| 4 | 5-392 | Anlegen eines arteriovenösen Shunt | < 4 |

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

| | |
|---|------|
| Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: | Nein |
| Stationäre BG-Zulassung: | Nein |

B-[10].11 Personelle Ausstattung

B-[10].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 6,10 Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

| | | | | |
|---------------------------|------------------|-----------------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | <input type="text" value="6,10"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> |
| | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="6,10"/> |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | <input type="text" value="133,6"/> |

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 2,99

| | | | | |
|---------------------------|------------------|-----------------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | <input type="text" value="2,99"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> |
| | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="2,99"/> |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | <input type="text" value="272,6"/> |

B-[10].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen) |
|---|---|
| 1 | Gefäßchirurgie |
| 2 | Allgemeinmedizin |
| 3 | Allgemeinchirurgie |

Qualitätsbericht 2018

B-[10].11.1.2 Zusatzweiterbildung

| Zusatz-Weiterbildung | |
|----------------------|----------------|
| 1 | Notfallmedizin |
| 2 | Phlebologie |

B-[10].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

40,00

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen
(Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0,95

| | | | | |
|--------------------------------|------------------|-----------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| Beschäftigungs- verhältnis: | Mit: | <input type="text" value="0,95"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> |
| | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="0,95"/> |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | <input type="text" value="857,9"/> |

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen
(Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 3,38

| | | | | |
|--------------------------------|------------------|-----------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| Beschäftigungs- verhältnis: | Mit: | <input type="text" value="3,38"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> |
| | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="3,38"/> |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | <input type="text" value="241,1"/> |

B-[10].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

| Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse | |
|---|---|
| 1 | Leitung einer Station / eines Bereiches |
| 2 | Pflege im Operationsdienst |
| 3 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| 4 | Praxisanleitung |
| 5 | Casemanagement |

Qualitätsbericht 2018

B-[10].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

| Zusatzqualifikationen | |
|-----------------------|-----------------------|
| 1 | Entlassungsmanagement |
| 2 | Ernährungsmanagement |
| 3 | Kontinenzmanagement |
| 4 | Qualitätsmanagement |
| 5 | Schmerzmanagement |
| 6 | Stomamanagement |
| 7 | Wundmanagement |
| 8 | Dekubitusmanagement |
| 9 | Sturzmanagement |
| 10 | OP-Koordination |

B-[11] Urologie

B-[11].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--|---|
| Abteilungsart: | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung: | Urologie |
| Straße: | Wendstraße |
| Hausnummer: | 31 |
| PLZ: | 39576 |
| Ort: | Stendal |
| URL: | http://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/genthin-stendal/medizin-pflege/fachbereiche/urologie/ |

B-[11].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| Fachabteilungsschlüssel | |
|-------------------------|---|
| 1 | (2292) Urologie/ohne Differenzierung nach Schwerpunkten (IV) |
| 2 | (2200) Urologie |
| 3 | (2290) Urologie/ohne Differenzierung nach Schwerpunkten (II) |
| 4 | (2291) Urologie/ohne Differenzierung nach Schwerpunkten (III) |

B-[11].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärztin:

| | |
|----------------|---|
| Name/Funktion: | Dr. med. Guido Kramer, Chefarzt |
| Telefon: | 03931 660 |
| Fax: | 03931 217112 |
| E-Mail: | Krankenhaus@jksdl.de |
| Adresse: | Wendstraße 31 |
| PLZ/Ort: | 39576 Stendal |
| URL: | http://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/genthin-stendal/medizin-pflege/fachbereiche/urologie/ |

B-[11].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

| | |
|--|--------------------------------------|
| Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/ Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V: | Keine Zielvereinbarungen geschlossen |
|--|--------------------------------------|

B-[11].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| Medizinische Leistungsangebote | |
|--------------------------------|---|
| 1 | Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten |
| 2 | Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz |
| 3 | Diagnostik und Therapie von Urolithiasis |
| 4 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters |
| 5 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems |
| 6 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane |
| 7 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems |
| 8 | Kinderurologie |
| 9 | Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase |
| 10 | Minimalinvasive laparoskopische Operationen |
| 11 | Minimalinvasive endoskopische Operationen |
| 12 | Tumorchirurgie |
| 13 | Spezialsprechstunde |
| 14 | Dialyse |
| 15 | Schmerztherapie |
| 16 | Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik |
| 17 | Urogynäkologie |
| 18 | Chemotherapien (Prostatakarzinom, Blasen- und Hodenkarzinom) |
| 19 | Behandlung von Fruchtbarkeits- und Potentstörungen |

B-[11].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Die Aspekte der Barrierefreiheit werden im apitel A-7 abgebildet.

B-[11].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl: | 1628 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 0 |

B-[11].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| | ICD | Bezeichnung | Fallzahl |
|---|-----|---|----------|
| 1 | N13 | Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie | 407 |
| 2 | C61 | Bösartige Neubildung der Prostata | 226 |
| 3 | N20 | Nieren- und Ureterstein | 150 |
| 4 | N40 | Prostatahyperplasie | 147 |
| 5 | C67 | Bösartige Neubildung der Harnblase | 133 |
| 6 | N39 | Sonstige Krankheiten des Harnsystems | 78 |

Qualitätsbericht 2018

| ICD | Bezeichnung | Fallzahl | |
|-----|-------------|---------------------------------------|----|
| 7 | N45 | Orchitis und Epididymitis | 51 |
| 8 | N10 | Akute tubulointerstitielle Nephritis | 47 |
| 9 | N30 | Zystitis | 46 |
| 10 | N41 | Entzündliche Krankheiten der Prostata | 33 |

B-[11].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| OPS | Bezeichnung | Fallzahl | |
|-----|-------------|--|-----|
| 1 | 8-132 | Manipulationen an der Harnblase | 669 |
| 2 | 8-137 | Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter] | 643 |
| 3 | 3-13d | Urographie | 374 |
| 4 | 1-661 | Diagnostische Urethrozystoskopie | 311 |
| 5 | 3-207 | Native Computertomographie des Abdomens | 285 |
| 6 | 9-984 | Pflegebedürftigkeit | 279 |
| 7 | 5-550 | Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung | 265 |
| 8 | 5-572 | Zystostomie | 230 |
| 9 | 1-336 | Harnröhrenkalibrierung | 221 |
| 10 | 5-573 | Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase | 209 |

B-[11].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| | |
|---|--|
| 1 | Privatambulanz |
| 2 | Notfallambulanz (24h) |
| 3 | Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V |
| 4 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V |

B-[11].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| OPS | Bezeichnung | Fallzahl | |
|-----|-------------|---|-----|
| 1 | 8-137 | Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter] | 214 |
| 2 | 5-640 | Operationen am Präputium | 116 |
| 3 | 1-661 | Diagnostische Urethrozystoskopie | 77 |
| 4 | 5-624 | Orchidopexie | 20 |
| 5 | 5-572 | Zystostomie | 14 |
| 6 | 5-530 | Verschluss einer Hernia inguinalis | 14 |

Qualitätsbericht 2018

| | OPS | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|-------|--|----------|
| 7 | 5-631 | Exzision im Bereich der Epididymis | 11 |
| 8 | 5-636 | Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens | 8 |
| 9 | 5-633 | Epididymektomie | 6 |
| 10 | 5-611 | Operation einer Hydrocele testis | 4 |

B-[11].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

| | |
|---|------|
| Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: | Nein |
| Stationäre BG-Zulassung: | Nein |

B-[11].11 Personelle Ausstattung

B-[11].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 7,55 Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

| | | | | |
|---------------------------|------------------|-----------------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | <input type="text" value="7,55"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> |
| | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="7,55"/> |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | <input type="text" value="215,6"/> |

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 4,69

| | | | | |
|---------------------------|------------------|-----------------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | <input type="text" value="4,69"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> |
| | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="4,69"/> |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | <input type="text" value="347,1"/> |

B-[11].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)

| | |
|---|----------|
| 1 | Urologie |
|---|----------|

Qualitätsbericht 2018

B-[11].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[11].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

40,00

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 8,39

| | | | | |
|---------------------------|------------------|------|-------------------------|-------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | 8,39 | Ohne: | 0,00 |
| | Ambulant: | 0,00 | Stationär: | 8,39 |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | 194,0 |

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 2,50

| | | | | |
|---------------------------|------------------|------|-------------------------|-------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | 2,50 | Ohne: | 0,00 |
| | Ambulant: | 0,00 | Stationär: | 2,50 |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | 651,2 |

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 0,50

| | | | | |
|---------------------------|------------------|------|-------------------------|--------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | 0,50 | Ohne: | 0,00 |
| | Ambulant: | 0,00 | Stationär: | 0,50 |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | 3256,0 |

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt: 0,99

Qualitätsbericht 2018

| | | | | |
|--------------------------------|------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| Beschäftigungs- verhältnis: | Mit: | <input type="text" value="0,99"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> |
| | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="0,99"/> |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | <input type="text" value="1644,4"/> |

B-[11].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

| Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse | |
|---|---|
| 1 | Leitung einer Station / eines Bereiches |
| 2 | Pflege im Operationsdienst |
| 3 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| 4 | Pflege in der Endoskopie |
| 5 | Praxisanleitung |
| 6 | Casemanagement |

B-[11].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

| Zusatzqualifikationen | |
|-----------------------|--------------------------------|
| 1 | Endoskopie/Funktionsdiagnostik |
| 2 | Entlassungsmanagement |
| 3 | Ernährungsmanagement |
| 4 | Kontinenzmanagement |
| 5 | Qualitätsmanagement |
| 6 | Schmerzmanagement |
| 7 | Stomamanagement |
| 8 | Wundmanagement |
| 9 | Dekubitusmanagement |
| 10 | Sturzmanagement |
| 11 | Palliative Care |
| 12 | OP-Koordination |

B-[12] Orthopädie

B-[12].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--|---|
| Abteilungsart: | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung: | Orthopädie |
| Straße: | Wendstrasse |
| Hausnummer: | 31 |
| PLZ: | 39576 |
| Ort: | Stendal |
| URL: | https://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/genthin-stendal/medizin-pflege/fachbereiche/orthopaedie/ |

B-[12].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| Fachabteilungsschlüssel | |
|-------------------------|-------------------|
| 1 | (2300) Orthopädie |

B-[12].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

| | |
|----------------|---|
| Name/Funktion: | Dr. med. André Benthien, Chefarzt |
| Telefon: | 03931 660 |
| Fax: | 03931 217112 |
| E-Mail: | Krankenhaus@jksdl.de |
| Adresse: | Wendstrasse 31 |
| PLZ/Ort: | 39576 Stendal |
| URL: | https://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/genthin-stendal/medizin-pflege/fachbereiche/orthopaedie/ |

B-[12].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

| | |
|---|--------------------------------------|
| Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V: | Keine Zielvereinbarungen geschlossen |
|---|--------------------------------------|

B-[12].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| Medizinische Leistungsangebote | |
|--------------------------------|---|
| 1 | Diagnostik und Therapie von Arthropathien |
| 2 | Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes |
| 3 | Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens |
| 4 | Diagnostik und Therapie von Spondylopathien |
| 5 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens |
| 6 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln |
| 7 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen |
| 8 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes |
| 9 | Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien |
| 10 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes |
| 11 | Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane |
| 12 | Kinderorthopädie |
| 13 | Spezialsprechstunde |
| 14 | Endoprothetik |
| 15 | Fußchirurgie |
| 16 | Handchirurgie |
| 17 | Rheumachirurgie |
| 18 | Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie |
| 19 | Schulterchirurgie |
| 20 | Sportmedizin/Sporttraumatologie |
| 21 | Metall-/Fremdkörperentfernungen |
| 22 | Wirbelsäulenchirurgie |
| 23 | Arthroskopische Operationen |
| 24 | Zweitmeinung |

B-[12].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Die Aspekte der Barrierefreiheit werden im apitel A-7 abgebildet.

B-[12].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl: | 1107 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 0 |

Qualitätsbericht 2018

B-[12].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| | ICD | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|-----|---|----------|
| 1 | M54 | Rückenschmerzen | 231 |
| 2 | M16 | Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes] | 135 |
| 3 | M17 | Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes] | 116 |
| 4 | M75 | Schulterläsionen | 91 |
| 5 | M48 | Sonstige Spondylopathien | 56 |
| 6 | T84 | Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate | 51 |
| 7 | M51 | Sonstige Bandscheibenschäden | 49 |
| 8 | M23 | Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement] | 27 |
| 9 | M20 | Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen | 27 |
| 10 | M25 | Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert | 24 |

B-[12].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| | OPS | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|-------|---|----------|
| 1 | 5-032 | Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis | 353 |
| 2 | 8-561 | Funktionsorientierte physikalische Therapie | 247 |
| 3 | 3-802 | Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark | 163 |
| 4 | 5-829 | Andere gelenkplastische Eingriffe | 160 |
| 5 | 5-820 | Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk | 156 |
| 6 | 5-984 | Mikrochirurgische Technik | 144 |
| 7 | 5-822 | Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk | 143 |
| 8 | 5-839 | Andere Operationen an der Wirbelsäule | 131 |
| 9 | 5-831 | Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe | 130 |
| 10 | 8-910 | Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie | 103 |

B-[12].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| | |
|---|--|
| 1 | Privatambulanz |
| 2 | Notfallambulanz (24h) |
| 3 | Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V |
| 4 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V |
| 5 | Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie) |

B-[12].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| | OPS | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|-------|--|----------|
| 1 | 5-812 | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken | 53 |
| 2 | 5-814 | Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes | 48 |
| 3 | 1-697 | Diagnostische Arthroskopie | 31 |
| 4 | 5-841 | Operationen an Bändern der Hand | 18 |
| 5 | 5-056 | Neurolyse und Dekompression eines Nerven | 12 |
| 6 | 5-811 | Arthroskopische Operation an der Synovialis | 8 |
| 7 | 5-810 | Arthroskopische Gelenkoperation | 4 |
| 8 | 5-840 | Operationen an Sehnen der Hand | 4 |
| 9 | 5-842 | Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger | < 4 |
| 10 | 5-041 | Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven | < 4 |

B-[12].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

| | |
|---|------|
| Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: | Nein |
| Stationäre BG-Zulassung: | Nein |

B-[12].11 Personelle Ausstattung

B-[12].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 8,14 Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 8,14 **Ohne:** 0,00

Ambulant: 0,00 **Stationär:** 8,14

Versorgungsform: **Fälle je Anzahl:** 136,0

Qualitätsbericht 2018

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 6,28

| | | | | |
|---------------------------|------------------|------|-------------------------|-------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | 6,28 | Ohne: | 0,00 |
| | Ambulant: | 0,00 | Stationär: | 6,28 |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | 176,3 |

B-[12].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) | |
|---|--------------------------------|
| 1 | Orthopädie und Unfallchirurgie |
| 2 | Neurochirurgie |

B-[12].11.1.2 Zusatzweiterbildung

| Zusatz-Weiterbildung | |
|----------------------|--|
| 1 | Spezielle Orthopädische Chirurgie |
| 2 | Sportmedizin |
| 3 | Manuelle Medizin/Chirotherapie |
| 4 | Physikalische Therapie und Balneologie |
| 5 | Notfallmedizin |

B-[12].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

40,00

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen
(Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 10,13

| | | | | |
|---------------------------|------------------|-------|-------------------------|-------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | 10,13 | Ohne: | 0,00 |
| | Ambulant: | 0,00 | Stationär: | 10,13 |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | 109,3 |

Qualitätsbericht 2018

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 1,00

| | | | | |
|---------------------------|------------------|-----------------------------------|-------------------|-------------------------------------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | <input type="text" value="1,00"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> |
| | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="1,00"/> |
| Versorgungsform: | | | | Fälle je Anzahl: |
| | | | | <input type="text" value="1107,0"/> |

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt: 1,00

| | | | | |
|---------------------------|------------------|-----------------------------------|-------------------|-------------------------------------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | <input type="text" value="1,00"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> |
| | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="1,00"/> |
| Versorgungsform: | | | | Fälle je Anzahl: |
| | | | | <input type="text" value="1107,0"/> |

B-[12].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

| Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse | |
|---|---|
| 1 | Leitung einer Station / eines Bereiches |
| 2 | Pflege im Operationsdienst |
| 3 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| 4 | Praxisanleitung |
| 5 | Casemanagement |

Qualitätsbericht 2018

B-[12].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

| Zusatzqualifikationen | |
|-----------------------|-----------------------|
| 1 | Entlassungsmanagement |
| 2 | Ernährungsmanagement |
| 3 | Kontinenzmanagement |
| 4 | Qualitätsmanagement |
| 5 | Schmerzmanagement |
| 6 | Stomamanagement |
| 7 | Wundmanagement |
| 8 | Dekubitusmanagement |
| 9 | Sturzmanagement |
| 10 | OP-Koordination |

B-[13] Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[13].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--|---|
| Abteilungsart: | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung: | Frauenheilkunde und Geburtshilfe |
| Straße: | Bahnhofstraße |
| Hausnummer: | 24-26 |
| PLZ: | 39576 |
| Ort: | Stendal |
| URL: | http://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/genthin-stendal/medizinpflege/fachbereiche/frauenheilkundegeburtshilfe/?L=0%23navigationsectionmetalinkssection |

B-[13].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| Fachabteilungsschlüssel | |
|-------------------------|---|
| 1 | (2500) Geburtshilfe |
| 2 | (2425) Frauenheilkunde |
| 3 | (2400) Frauenheilkunde und Geburtshilfe |

B-[13].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

| | |
|----------------|---|
| Name/Funktion: | Dr. med. Andreas Neumann, Chefarzt |
| Telefon: | 03931 666 |
| Fax: | 03931 217112 |
| E-Mail: | Krankenhaus@jksdl.de |
| Adresse: | Bahnhofstraße 24-26 |
| PLZ/Ort: | 39576 Stendal |
| URL: | http://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/genthin-stendal/medizinpflege/fachbereiche/frauenheilkundegeburtshilfe/?L=0%23navigationsectionmetalinkssection |

B-[13].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

| | |
|--|--------------------------------------|
| Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/ Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V: | Keine Zielvereinbarungen geschlossen |
|--|--------------------------------------|

B-[13].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| Medizinische Leistungsangebote | |
|--------------------------------|--|
| 1 | Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse |
| 2 | Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse |
| 3 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse |
| 4 | Kosmetische/Plastische Mammachirurgie |
| 5 | Endoskopische Operationen |
| 6 | Gynäkologische Chirurgie |
| 7 | Inkontinenzchirurgie |
| 8 | Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren |
| 9 | Betreuung von Risikoschwangerschaften |
| 10 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes |
| 11 | Geburtshilfliche Operationen |
| 12 | Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane |
| 13 | Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes |
| 14 | Spezialsprechstunde |
| 15 | Urogynäkologie |
| 16 | Ambulante Entbindung |
| 17 | Diagnostik und Therapie von gutartigen gynäkologischen Tumoren |
| 18 | Diagnostik und Therapie von bösartigen gynäkologischen Tumoren |

B-[13].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Die Aspekte der Barrierefreiheit werden im apitel A-7 abgebildet.

B-[13].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl: | 2522 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 0 |

Qualitätsbericht 2018

B-[13].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| | ICD | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|-----|---|----------|
| 1 | Z38 | Lebendgeborene nach dem Geburtsort | 617 |
| 2 | O80 | Spontangeburt eines Einlings | 222 |
| 3 | C50 | Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] | 149 |
| 4 | O70 | Dammriss unter der Geburt | 109 |
| 5 | O34 | Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane | 106 |
| 6 | O99 | Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren | 101 |
| 7 | N81 | Genitalprolaps bei der Frau | 100 |
| 8 | O60 | Vorzeitige Wehen und Entbindung | 59 |
| 9 | D25 | Leiomyom des Uterus | 57 |
| 10 | O48 | Übertragene Schwangerschaft | 48 |

B-[13].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| | OPS | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|-------|---|----------|
| 1 | 9-262 | Postnatale Versorgung des Neugeborenen | 591 |
| 2 | 1-208 | Registrierung evozierter Potentiale | 535 |
| 3 | 9-260 | Überwachung und Leitung einer normalen Geburt | 424 |
| 4 | 5-749 | Andere Sectio caesarea | 279 |
| 5 | 5-758 | Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss] | 234 |
| 6 | 5-704 | Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik | 208 |
| 7 | 3-100 | Mammographie | 193 |
| 8 | 5-870 | Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe | 147 |
| 9 | 5-730 | Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie] | 139 |
| 10 | 5-738 | Episiotomie und Naht | 122 |

B-[13].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| | |
|---|--|
| 1 | Privatambulanz |
| 2 | Notfallambulanz (24h) |
| 3 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V |
| 4 | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) |
| 5 | Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V |

Qualitätsbericht 2018

B-[13].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| | OPS | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|-------|---|----------|
| 1 | 1-471 | Biopsie ohne Inzision am Endometrium | 218 |
| 2 | 1-672 | Diagnostische Hysteroskopie | 204 |
| 3 | 5-690 | Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri] | 116 |
| 4 | 1-502 | Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision | 103 |
| 5 | 5-751 | Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio] | 99 |
| 6 | 1-472 | Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri | 78 |
| 7 | 5-681 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus | 61 |
| 8 | 5-691 | Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers | 19 |
| 9 | 1-694 | Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie) | 12 |
| 10 | 5-711 | Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste) | 9 |

B-[13].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

| | |
|---|------|
| Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: | Nein |
| Stationäre BG-Zulassung: | Nein |

B-[13].11 Personelle Ausstattung

B-[13].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

| | | | |
|---------------------------|--|--|-------|
| Gesamt: | 10,20 | Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: | 40,00 |
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: <input type="text" value="10,20"/> | Ohne: <input type="text" value="0,00"/> | |
| Versorgungsform: | Ambulant: <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: <input type="text" value="10,20"/> | |
| | | Fälle je Anzahl: <input type="text" value="247,3"/> | |

Qualitätsbericht 2018

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 4,91

| | | | | |
|---------------------------|------------------|-----------------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | <input type="text" value="4,91"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> |
| | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="4,91"/> |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | <input type="text" value="513,6"/> |

B-[13].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) | |
|---|---|
| 1 | Frauenheilkunde und Geburtshilfe |
| 2 | Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie |

B-[13].11.1.2 Zusatzweiterbildung

| Zusatz-Weiterbildung | |
|----------------------|------------------|
| 1 | Palliativmedizin |

B-[13].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 9,99

| | | | | |
|---------------------------|------------------|-----------------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | <input type="text" value="9,99"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> |
| | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="9,99"/> |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | <input type="text" value="252,5"/> |

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 1,55

| | | | | |
|---------------------------|-------------|-----------------------------------|--------------|-----------------------------------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | <input type="text" value="1,55"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> |
|---------------------------|-------------|-----------------------------------|--------------|-----------------------------------|

Qualitätsbericht 2018

| | | | | |
|------------------|------------------|-----------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|
| Versorgungsform: | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="1,55"/> |
| | | | Fälle je Anzahl: | <input type="text" value="1627,1"/> |

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt: 0,09

| | | | | |
|---------------------------|------------------|-----------------------------------|-------------------------|--------------------------------------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | <input type="text" value="0,09"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> |
| | | | | |
| Versorgungsform: | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="0,09"/> |
| | | | Fälle je Anzahl: | <input type="text" value="28022,2"/> |

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 9,81

| | | | | |
|---------------------------|------------------|-----------------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | <input type="text" value="9,81"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> |
| | | | | |
| Versorgungsform: | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="9,81"/> |
| | | | Fälle je Anzahl: | <input type="text" value="257,1"/> |

B-[13].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

| Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse | |
|---|---|
| 1 | Leitung einer Station / eines Bereiches |
| 2 | Pflege in der Onkologie |
| 3 | Pflege im Operationsdienst |
| 4 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| 5 | Familienhebamme |
| 6 | Praxisanleitung |
| 7 | Casemanagement |

Qualitätsbericht 2018

B-[13].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

| Zusatzqualifikationen | |
|-----------------------|-------------------------------|
| 1 | Entlassungsmanagement |
| 2 | Ernährungsmanagement |
| 3 | Kontinenzmanagement |
| 4 | Qualitätsmanagement |
| 5 | Schmerzmanagement |
| 6 | Stomamanagement |
| 7 | Wundmanagement |
| 8 | Dekubitusmanagement |
| 9 | Sturzmanagement |
| 10 | Breast Care Nurse |
| 11 | Palliative Care |
| 12 | OP-Koordination |
| 13 | Still- und Laktationsberatung |

B-[14] Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-[14].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--|---|
| Abteilungsart: | Belegabteilung |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung: | Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde |
| Straße: | Wendstraße |
| Hausnummer: | 31 |
| PLZ: | 39576 |
| Ort: | Stendal |
| URL: | https://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/genthin-stendal/medizin-pflege/medizinische-zentren/medizinisches-versorgungszentrum/unsere-leistungen/hals-nasen-und-ohrenheilkunde-hno/ |

B-[14].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| Fachabteilungsschlüssel | |
|-------------------------|--------------------------------------|
| 1 | (2600) Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde |

B-[14].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des leitenden Belegarztes bzw. der leitenden Belegärzte:

| | |
|----------------|---|
| Name/Funktion: | Dr. med. Katrin Henning, Belegärztin |
| Telefon: | 03931 660 |
| Fax: | 03931 217112 |
| E-Mail: | Krankenhaus@jksdl.de |
| Adresse: | Wendstraße 31 |
| PLZ/Ort: | 39576 Stendal |
| URL: | https://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/genthin-stendal/medizin-pflege/medizinische-zentren/medizinisches-versorgungszentrum/unsere-leistungen/hals-nasen-und-ohrenheilkunde-hno/ |

B-[14].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

| | |
|--|--------------------------------------|
| Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/ Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V: | Keine Zielvereinbarungen geschlossen |
|--|--------------------------------------|

B-[14].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| Medizinische Leistungsangebote | |
|--------------------------------|--|
| 1 | Spezialsprechstunde |
| 2 | Laserchirurgie |
| 3 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle |
| 4 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen |
| 5 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes |
| 6 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea |
| 7 | Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen |
| 8 | Schnarchoperationen |
| 9 | Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege |
| 10 | Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege |
| 11 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen |
| 12 | Transnasaler Verschluss von Liquorfisteln |
| 13 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege |
| 14 | Plastisch-rekonstruktive Chirurgie |
| 15 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres |
| 16 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes |
| 17 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres |
| 18 | Mittelohrchirurgie |
| 19 | Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres |
| 20 | Schwindeldiagnostik/-therapie |
| 21 | Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich |
| 22 | Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren |
| 23 | Interdisziplinäre Tumornachsorge |
| 24 | Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich |
| 25 | Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren |

B-[14].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Die Aspekte der Barrierefreiheit werden im apitel A-7 abgebildet.

Qualitätsbericht 2018

B-[14].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--------------------------|----|
| Vollstationäre Fallzahl: | 28 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 0 |

B-[14].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| | ICD | Bezeichnung | Fallzahl |
|---|-----|---|----------|
| 1 | J35 | Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel | 27 |
| 2 | J32 | Chronische Sinusitis | < 4 |

B-[14].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| | OPS | Bezeichnung | Fallzahl |
|---|-------|----------------------------------|----------|
| 1 | 5-285 | Adenotomie (ohne Tonsillektomie) | 29 |
| 2 | 5-200 | Parazentese [Myringotomie] | 27 |

B-[14].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| | |
|---|--|
| 1 | Notfallambulanz (24h) |
| 2 | Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V |
| 3 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V |

B-[14].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| | OPS | Bezeichnung | Fallzahl |
|---|-------|---------------------------------------|----------|
| 1 | 5-216 | Reposition einer Nasenfraktur | < 4 |
| 2 | 5-200 | Parazentese [Myringotomie] | < 4 |
| 3 | 5-194 | Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I] | < 4 |
| 4 | 5-285 | Adenotomie (ohne Tonsillektomie) | < 4 |

B-[14].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

| | |
|---|------|
| Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: | Nein |
| Stationäre BG-Zulassung: | Nein |

Qualitätsbericht 2018

B-[14].11 Personelle Ausstattung

B-[14].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl in Personen: 1
Fälle je Anzahl: 28,0

B-[14].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)

| | |
|---|---------------------------|
| 1 | Hals-Nasen-Ohrenheilkunde |
|---|---------------------------|

B-[14].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[14].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

40,00

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0,00

| | | | | |
|--------------------------------|------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| Beschäftigungs- verhältnis: | Mit: | <input type="text" value="0,00"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> |
| | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="0,00"/> |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | <input type="text" value="0,0"/> |

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0,50

| | | | | |
|--------------------------------|------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| Beschäftigungs- verhältnis: | Mit: | <input type="text" value="0,50"/> | Ohne: | <input type="text" value="0,00"/> |
| | Ambulant: | <input type="text" value="0,00"/> | Stationär: | <input type="text" value="0,50"/> |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | <input type="text" value="56,0"/> |

B-[14].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

| Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse | |
|---|---|
| 1 | Leitung einer Station / eines Bereiches |
| 2 | Pflege im Operationsdienst |
| 3 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| 4 | Praxisanleitung |
| 5 | Casemanagement |

B-[14].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

| Zusatzqualifikationen | |
|-----------------------|--------------------------------|
| 1 | Endoskopie/Funktionsdiagnostik |
| 2 | Entlassungsmanagement |
| 3 | Ernährungsmanagement |
| 4 | Kontinenzmanagement |
| 5 | Qualitätsmanagement |
| 6 | Schmerzmanagement |
| 7 | Stomamanagement |
| 8 | Wundmanagement |
| 9 | Dekubitusmanagement |
| 10 | Sturzmanagement |
| 11 | Palliative Care |
| 12 | OP-Koordination |

B-[15] Radioonkologie

B-[15].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--|---|
| Abteilungsart: | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung: | Radioonkologie |
| Straße: | Wendstraße |
| Hausnummer: | 31 |
| PLZ: | 39576 |
| Ort: | Stendal |
| URL: | http://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/genthin-stendal/medizin-pflege/fachbereiche/radioonkologie/ |

B-[15].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| Fachabteilungsschlüssel | |
|-------------------------|--|
| 1 | (3390) Strahlenheilkunde/ohne Diff. n. Schwerpunkten(II) |
| 2 | (3391) Strahlenheilkunde/ohne Diff. n. Schwerpunkten(III) |
| 3 | (3392) Strahlenheilkunde/ohne Diff. n. Schwerpunkten(IV) |
| 4 | (3350) Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie |
| 5 | (3305) Strahlenheilk./Schwerp.Hämatologie/internist. Onkologie |

B-[15].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

| | |
|----------------|---|
| Name/Funktion: | Dr. med. Gunnar Lohm, Chefarzt |
| Telefon: | 03931 660 |
| Fax: | 03931 217112 |
| E-Mail: | Krankenhaus@jksdl.de |
| Adresse: | Wendstraße 31 |
| PLZ/Ort: | 39576 Stendal |
| URL: | http://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/genthin-stendal/medizin-pflege/fachbereiche/radioonkologie/ |

B-[15].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

| | |
|--|--------------------------------------|
| Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/ Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V: | Keine Zielvereinbarungen geschlossen |
|--|--------------------------------------|

Qualitätsbericht 2018

B-[15].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| Medizinische Leistungsangebote | |
|--------------------------------|--|
| 1 | Oberflächenstrahlentherapie |
| 2 | Orthovoltstrahlentherapie |
| 3 | Hochvoltstrahlentherapie |
| 4 | Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden |
| 5 | Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie |
| 6 | Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie |
| 7 | Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie |
| 8 | Seeds Brachytherapie bei Prostatakarzinom |

B-[15].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Die Aspekte der Barrierefreiheit werden im apitel A-7 abgebildet.

B-[15].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl: | 246 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 0 |

B-[15].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| | ICD | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|-----|---|----------|
| 1 | C20 | Bösartige Neubildung des Rektums | 38 |
| 2 | C34 | Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge | 33 |
| 3 | C10 | Bösartige Neubildung des Oropharynx | 26 |
| 4 | C15 | Bösartige Neubildung des Ösophagus | 22 |
| 5 | C79 | Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen | 19 |
| 6 | C53 | Bösartige Neubildung der Cervix uteri | 13 |
| 7 | C02 | Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Zunge | 10 |
| 8 | C71 | Bösartige Neubildung des Gehirns | 9 |
| 9 | C04 | Bösartige Neubildung des Mundbodens | 9 |
| 10 | C13 | Bösartige Neubildung des Hypopharynx | 8 |

Qualitätsbericht 2018

B-[15].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| | OPS | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|-------|--|----------|
| 1 | 8-522 | Hochvoltstrahlentherapie | 1288 |
| 2 | 8-542 | Nicht komplexe Chemotherapie | 134 |
| 3 | 8-529 | Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie | 133 |
| 4 | 8-528 | Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie | 121 |
| 5 | 9-984 | Pflegebedürftigkeit | 49 |
| 6 | 8-527 | Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie | 41 |
| 7 | 8-800 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat | 22 |
| 8 | 9-401 | Psychosoziale Interventionen | 20 |
| 9 | 3-800 | Native Magnetresonanztomographie des Schädels | 14 |
| 10 | 1-632 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie | 11 |

B-[15].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| | |
|---|--|
| 1 | Privatambulanz |
| 2 | Notfallambulanz (24h) |
| 3 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V |

B-[15].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[15].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

| | |
|---|------|
| Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: | Nein |
| Stationäre BG-Zulassung: | Nein |

B-[15].11 Personelle Ausstattung

B-[15].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Qualitätsbericht 2018

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 2,66 Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

| | | | | |
|---------------------------|------------------|------|-------------------------|------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | 2,66 | Ohne: | 0,00 |
| | Ambulant: | 0,00 | Stationär: | 2,66 |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | 92,5 |
| | | | | |

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 1,95

| | | | | |
|---------------------------|------------------|------|-------------------------|-------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | 1,95 | Ohne: | 0,00 |
| | Ambulant: | 0,00 | Stationär: | 1,95 |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | 126,2 |
| | | | | |

B-[15].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)

| | |
|---|------------------|
| 1 | Strahlentherapie |
|---|------------------|

B-[15].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[15].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

40,00

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0,00

| | | | | |
|---------------------------|------------------|------|-------------------------|------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | 0,00 | Ohne: | 0,00 |
| | Ambulant: | 0,00 | Stationär: | 0,00 |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | 0,0 |
| | | | | |

Qualitätsbericht 2018

B-[15].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

| Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse | |
|---|---|
| 1 | Leitung einer Station / eines Bereiches |
| 2 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| 3 | Praxisanleitung |
| 4 | Casemanagement |

B-[15].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

| Zusatzqualifikationen | |
|-----------------------|-----------------------|
| 1 | Entlassungsmanagement |
| 2 | Ernährungsmanagement |
| 3 | Kontinenzmanagement |
| 4 | Qualitätsmanagement |
| 5 | Schmerzmanagement |
| 6 | Stomamanagement |
| 7 | Wundmanagement |
| 8 | Dekubitusmanagement |
| 9 | Sturzmanagement |
| 10 | Palliative Care |

B-[16] Anästhesie und Intensivmedizin

B-[16].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--|---|
| Abteilungsart: | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung: | Anästhesie und Intensivmedizin |
| Straße: | Wendstraße |
| Hausnummer: | 31 |
| PLZ: | 39576 |
| Ort: | Stendal |
| URL: | https://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/genthin-stendal/medizin-pflege/fachbereiche/anaesthesie-und-intensivmedizin/ |

B-[16].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| Fachabteilungsschlüssel | |
|-------------------------|---|
| 1 | (3622) Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie |
| 2 | (3601) Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin |
| 3 | (3624) Intensivmedizin/Schwerp. Frauenheilk. und Geburtshilfe |
| 4 | (3600) Intensivmedizin |
| 5 | (3603) Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie |
| 6 | (3618) Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie |

B-[16].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

| | |
|----------------|---|
| Name/Funktion: | Dr. med. Jens Rau, Chefarzt |
| Telefon: | 03931 660 |
| Fax: | 03931 217112 |
| E-Mail: | Krankenhaus@jksdl.de |
| Adresse: | Wendstraße 31 |
| PLZ/Ort: | 39576 Stendal |
| URL: | https://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/genthin-stendal/medizin-pflege/fachbereiche/anaesthesie-und-intensivmedizin/ |

B-[16].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

| | |
|---|--------------------------------------|
| Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V: | Keine Zielvereinbarungen geschlossen |
|---|--------------------------------------|

B-[16].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| Medizinische Leistungsangebote | |
|--------------------------------|-----------------|
| 1 | Intensivmedizin |
| 2 | Schmerztherapie |
| 3 | Anästhesie |

B-[16].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Die Aspekte der Barrierefreiheit werden im apitel A-7 abgebildet.

B-[16].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--------------------------|---|
| Vollstationäre Fallzahl: | 0 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 0 |

B-[16].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-[16].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu.

B-[16].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-[16].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-[16].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

| | |
|---|------|
| Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: | Nein |
| Stationäre BG-Zulassung: | Nein |

Qualitätsbericht 2018

B-[16].11 Personelle Ausstattung

B-[16].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 16,84 Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

| | | | | |
|---------------------------|-----------|-------|------------------|-------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | 16,84 | Ohne: | 0,00 |
| | Ambulant: | 0,00 | Stationär: | 16,84 |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | 0,0 |

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 10,71

| | | | | |
|---------------------------|-----------|-------|------------------|-------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | 10,71 | Ohne: | 0,00 |
| | Ambulant: | 0,00 | Stationär: | 10,71 |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | 0,0 |

B-[16].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)

| | |
|---|---------------------|
| 1 | Anästhesiologie |
| 2 | Transfusionsmedizin |

B-[16].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung

| | |
|---|-----------------|
| 1 | Intensivmedizin |
| 2 | Notfallmedizin |

B-[16].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

40,00

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 29,10

Qualitätsbericht 2018

| | | | | |
|---------------------------|------------------|-------|-------------------------|-------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | 29,10 | Ohne: | 0,00 |
| | Ambulant: | 0,00 | Stationär: | 29,10 |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | 0,0 |

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt: 1,98

| | | | | |
|---------------------------|------------------|------|-------------------------|------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | 1,98 | Ohne: | 0,00 |
| | Ambulant: | 0,00 | Stationär: | 1,98 |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | 0,0 |

B-[16].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

| Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse | |
|---|---|
| 1 | Intensiv- und Anästhesiepflege |
| 2 | Leitung einer Station / eines Bereiches |
| 3 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| 4 | Praxisanleitung |
| 5 | Casemanagement |

B-[16].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

| Zusatzqualifikationen | |
|-----------------------|-----------------------|
| 1 | Basale Stimulation |
| 2 | Bobath |
| 3 | Entlassungsmanagement |
| 4 | Ernährungsmanagement |
| 5 | Kinästhetik |
| 6 | Kontinenzmanagement |
| 7 | Qualitätsmanagement |
| 8 | Schmerzmanagement |
| 9 | Stomamanagement |
| 10 | Wundmanagement |
| 11 | Dekubitusmanagement |
| 12 | Sturzmanagement |

B-[17] Radiologie

B-[17].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--|---|
| Abteilungsart: | Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung: | Radiologie |
| Straße: | Wendstraße |
| Hausnummer: | 31 |
| PLZ: | 39576 |
| Ort: | Stendal |
| URL: | http://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/genthin-stendal/medizin-pflege/fachbereiche/radiologie/ |

B-[17].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| Fachabteilungsschlüssel | |
|-------------------------|-------------------|
| 1 | (3751) Radiologie |

B-[17].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärztin:

| | |
|----------------|---|
| Name/Funktion: | Dr. med. Andreas Trusen, Chefarzt |
| Telefon: | 03931 660 |
| Fax: | 03931 217112 |
| E-Mail: | Krankenhaus@jksdl.de |
| Adresse: | Wendstraße 31 |
| PLZ/Ort: | 39576 Stendal |
| URL: | http://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/genthin-stendal/medizin-pflege/fachbereiche/radiologie/ |

B-[17].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

| | |
|---|--------------------------------------|
| Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V: | Keine Zielvereinbarungen geschlossen |
|---|--------------------------------------|

B-[17].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| Medizinische Leistungsangebote | |
|--------------------------------|---|
| 1 | Digitale Subtraktionsangiographie |
| 2 | Durchleuchtungsuntersuchungen |
| 3 | Konventionelle Röntgenaufnahmen |
| 4 | Native Sonographie |
| 5 | Eindimensionale Dopplersonographie |
| 6 | Duplexsonographie |
| 7 | Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie) |
| 8 | Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung |
| 9 | Computertomographie (CT), nativ |
| 10 | Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel |
| 11 | Computertomographie (CT), Spezialverfahren |
| 12 | Arteriographie |
| 13 | Phlebographie |
| 14 | Magnetresonanztomographie (MRT), nativ |
| 15 | Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel |
| 16 | Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren |
| 17 | Knochendichtemessung (alle Verfahren) |
| 18 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung |
| 19 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung |
| 20 | Interventionelle Radiologie |
| 21 | Kinderradiologie |
| 22 | Teleradiologie |
| 23 | Tumorembolisation |

B-[17].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Die Aspekte der Barrierefreiheit werden im apitel A-7 abgebildet.

B-[17].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--------------------------|---|
| Vollstationäre Fallzahl: | 0 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 0 |

B-[17].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

Qualitätsbericht 2018

B-[17].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu.

B-[17].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1 Privatambulanz

2 Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

B-[17].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-[17].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

| | |
|---|------|
| Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: | Nein |
| Stationäre BG-Zulassung: | Nein |

B-[17].11 Personelle Ausstattung

B-[17].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 6,38 Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

| | | | | |
|---------------------------|-----------|------|------------------|------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | 6,38 | Ohne: | 0,00 |
| | Ambulant: | 0,00 | Stationär: | 6,38 |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | 0,0 |

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 2,91

| | | | | |
|---------------------------|-----------|------|------------------|------|
| Beschäftigungsverhältnis: | Mit: | 2,91 | Ohne: | 0,00 |
| | Ambulant: | 0,00 | Stationär: | 2,91 |
| Versorgungsform: | | | Fälle je Anzahl: | 0,0 |

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl in Personen: 0
Fälle je Anzahl: 0,0

Qualitätsbericht 2018

B-[17].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) | |
|---|---------------------------------|
| 1 | Radiologie |
| 2 | Radiologie, SP Kinderradiologie |

B-[17].11.1.2 Zusatzweiterbildung

| Zusatz-Weiterbildung | |
|----------------------|--|
| 1 | Magnetresonanztomographie - fachgebunden - |
| 2 | Röntgendiagnostik - fachgebunden - |

B-[17].11.2 Pflegepersonal

| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: |
|--|
| 40,00 |

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen
(Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0,00

Beschäftigungs-
verhältnis:

Mit:

Ohne:

Versorgungsform:

Ambulant:

Stationär:

Fälle je
Anzahl:

Qualitätsbericht 2018

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

| | Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate (%) |
|----|--|----------|------------------------|
| 1 | Herzschrittmacherversorgung Herzschrittmacher- Implantation (09/1) | 122 | 100 |
| 2 | Herzschrittmacherversorgung Revision/-Systemwechsel/ -Explantation (09/3) | 9 | 100 |
| 3 | Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4) | 27 | 100 |
| 4 | Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5) | 9 | 100 |
| 5 | Implantierbare Defibrillatoren - Revision/ Systemwechsel/ Explantation (09/6) | 5 | 100 |
| 6 | Karotis-Revaskularisation (10/2) | 75 | 100 |
| 7 | Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1) | 149 | 100 |
| 8 | Geburtshilfe (16/1) | 724 | 100,4 |
| 9 | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1) | 82 | 100 |
| 10 | Mammachirurgie (18/1) | 174 | 100 |
| 11 | Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK) | 251 | 100,4 |
| 12 | Hüftendoprothesenversorgung (HEP) | 211 | 100 |

Qualitätsbericht 2018

| | Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate (%) |
|----|--|----------|------------------------|
| 13 | Hüftendoprothesenversorgung Hüftendoprothesen- Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP) | 194 | 100 |
| 14 | Hüftendoprothesenversorgung Hüft- Endoprothesenwechsel und - komponentenwechsel (HEP_WE) | 21 | 100 |
| 15 | Knieendoprothesenversorgung (KEP) | 132 | 100 |
| 16 | Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesen- Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen (KEP_IMP) | 121 | 100 |
| 17 | Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesenwechsel und - komponentenwechsel (KEP_WE) | 11 | 100 |
| 18 | Neonatologie (NEO) | 127 | 100 |
| 19 | Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU) | 266 | 100 |

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

C-1.2.A.1 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL für: "Joh. KH Stendal"

C-1.2 A.1.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

| | | |
|---|---|-------|
| 1 | Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis | |
| | Kennzahl-ID | 10211 |

Qualitätsbericht 2018

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich | Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt) |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH, QS-Planung |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Vertrauensbereich | 0 % - 11,03 % |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 20,00 % |
| Vertrauensbereich | 7,23 % - 8,07 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 31 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 2 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | |
| Kennzahl-ID | 10271 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 3,12 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich | 1,06 % - 1,14 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | - |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |

Qualitätsbericht 2018

| | |
|--|--|
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

3 Der Zeitraum zwischen der Entscheidung, einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen, und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten

| | |
|---|---|
| Kennzahl-ID | 1058 |
| Leistungsbereich | Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH, QS-Planung |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Vertrauensbereich | 0 % - 29,91 % |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | Sentinel-Event |
| Vertrauensbereich | 0,23 % - 0,46 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 9 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

4 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

| | |
|--|---|
| Kennzahl-ID | 11704 |
| Leistungsbereich | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |

Qualitätsbericht 2018

| | | |
|----------|---|---|
| | Ergebnis | — |
| | Vertrauensbereich | — |
| | Bundesergebnis | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | ≤ 2,99 (95. Perzentil) |
| | Vertrauensbereich | 0,92 % - 1,08 % |
| | Fallzahl | |
| | Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| | Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 5 | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | |
| | Kennzahl-ID | 11724 |
| | Leistungsbereich | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
| | Art des Wertes | Tkez |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| | Vertrauensbereich | 0 % - 4,37 % |
| | Bundesergebnis | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Vertrauensbereich | 0,9 % - 1,11 % |
| | Fallzahl | |
| | Grundgesamtheit | 73 |
| 6 | Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen | |
| | Kennzahl-ID | 12874 |
| | Leistungsbereich | Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt) |
| | Art des Wertes | QI |

Qualitätsbericht 2018

| | |
|---|---|
| Bezug zum Verfahren | QSKH, QS-Planung |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Vertrauensbereich | 0 % - 5,92 % |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 5,00 % |
| Vertrauensbereich | 1,11 % - 1,33 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 61 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | | |
|----------|---|---|
| 7 | Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen | |
| | Kennzahl-ID | 2005 |
| | Leistungsbereich | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| | Vertrauensbereich | 98,58 % - 100 % |
| | Bundesergebnis | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | ≥ 95,00 % |
| | Vertrauensbereich | 98,45 % - 98,54 % |
| | Fallzahl | |
| | Grundgesamtheit | 266 |
| | Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| 8 | | Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden) | |
|--|--|--|--|
| Kennzahl-ID | | 2006 | |
| Leistungsbereich | | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde | |
| Art des Wertes | | TKez | |
| Bezug zum Verfahren | | QSKH | |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | | Nein | |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | | | |
| Vertrauensbereich | | 98,57 % - 100 % | |
| Bundesergebnis | | | |
| Bundesdurchschnitt | | -1 | |
| Vertrauensbereich | | 98,49 % - 98,58 % | |
| Fallzahl | | | |
| Grundgesamtheit | | 265 | |
| 9 | | Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden) | |
| Kennzahl-ID | | 2007 | |
| Leistungsbereich | | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde | |
| Art des Wertes | | TKez | |
| Bezug zum Verfahren | | QSKH | |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | | Nein | |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | | | |
| Ergebnis | | — | |
| Vertrauensbereich | | — | |
| Bundesergebnis | | | |
| Bundesdurchschnitt | | -1 | |
| Vertrauensbereich | | 96,91 % - 97,56 % | |
| Fallzahl | | | |
| Grundgesamtheit | | (Datenschutz) | |
| 10 | | Behandlung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden) | |
| Kennzahl-ID | | 2009 | |
| Leistungsbereich | | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde | |
| Art des Wertes | | QI | |

Qualitätsbericht 2018

| | |
|---|---|
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Vertrauensbereich | 91,67 % - 97,19 % |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≥ 90,00 % |
| Vertrauensbereich | 95,01 % - 95,18 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 246 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | | |
|-----------|---|---|
| 11 | Körperliche Aktivierung innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus bei Patientinnen und Patienten mit mittlerem Risiko, an einer Lungenentzündung zu versterben | |
| | Kennzahl-ID | 2013 |
| | Leistungsbereich | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| | Vertrauensbereich | 86,48 % - 95,56 % |
| | Bundesergebnis | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | ≥ 90,00 % |
| | Vertrauensbereich | 93,74 % - 93,99 % |
| | Fallzahl | |
| | Grundgesamtheit | 140 |
| | Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| 12 Ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund war, wurde nach festgelegten Kriterien vor Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmt | |
|--|--|
| Kennzahl-ID | 2028 |
| Leistungsbereich | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Vertrauensbereich | 89,83 % - 97,27 % |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≥ 95,00 % |
| Vertrauensbereich | 95,47 % - 95,66 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 150 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 13 Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die Brustkrebs im Frühstadium hatten) | |
| Kennzahl-ID | 2163 |
| Leistungsbereich | Operative Behandlung von Brustkrebs |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH, QS-Planung |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Vertrauensbereich | 0 % - 22,81 % |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | Sentinel-Event |
| Vertrauensbereich | 0,04 % - 0,19 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 13 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |

Qualitätsbericht 2018

| | |
|--|---|
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

14 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Problemen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme), auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation

| | |
|---|--|
| Kennzahl-ID | 2194 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 2,67 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich | 0,98 % - 1,05 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | - |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

15 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

| | |
|--|--|
| Kennzahl-ID | 2195 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Ja |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |

Qualitätsbericht 2018

| | |
|---|---|
| Referenzbereich | ≤ 5,88 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich | 0,93 % - 1,19 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | - |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 16 | Eine Kinderärztin / ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend |
| Kennzahl-ID | 318 |
| Leistungsbereich | Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH, QS-Planung |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Vertrauensbereich | 71,09 % - 97,35 % |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≥ 90,00 % |
| Vertrauensbereich | 96,96 % - 97,37 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 21 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 17 | Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Neugeborenen, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden (Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen) |
| Kennzahl-ID | 321 |
| Leistungsbereich | Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt |
| Art des Wertes | TKez |

Qualitätsbericht 2018

| | |
|--|-----------------|
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Vertrauensbereich | 0,41 % - 1,95 % |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Vertrauensbereich | 0,22 % - 0,24 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 666 |

18 Bei einer drohenden Frühgeburt wurde die Mutter vor der Geburt mit Kortison behandelt. Dazu musste die Mutter bereits 2 Tage vor der Geburt in das Krankenhaus aufgenommen worden sein

| | |
|---|---|
| Kennzahl-ID | 330 |
| Leistungsbereich | Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH, QS-Planung |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Vertrauensbereich | 59,58 % - 98,21 % |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≥ 95,00 % |
| Vertrauensbereich | 97,18 % - 97,87 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 10 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | U32 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

19 Der Schockgeber (Defibrillator-System) wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt

| | |
|------------------|---|
| Kennzahl-ID | 50005 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| Art des Wertes | QI |

Qualitätsbericht 2018

| | |
|---|---|
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Vertrauensbereich | 81,72 % - 99,34 % |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≥ 90,00 % |
| Vertrauensbereich | 96,28 % - 96,75 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 27 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 20 | Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben |
| Kennzahl-ID | 50045 |
| Leistungsbereich | Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH, QS-Planung |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Ja |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Vertrauensbereich | 96,3 % - 99,56 % |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≥ 90,00 % |
| Vertrauensbereich | 99,14 % - 99,21 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 234 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | | |
|--|--|--|
| 21 | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen) | |
| | Kennzahl-ID | 50050 |
| | Leistungsbereich | Versorgung von Früh- und Neugeborenen |
| | Art des Wertes | TKez |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| | Vertrauensbereich | 0 % - 85,48 % |
| | Bundesergebnis | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Vertrauensbereich | 0,89 % - 1,09 % |
| | Fallzahl | |
| | Grundgesamtheit | 5 |
| | 22 | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Netzhautschädigungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen) |
| Kennzahl-ID | | 50052 |
| Leistungsbereich | | Versorgung von Früh- und Neugeborenen |
| Art des Wertes | | TKez |
| Bezug zum Verfahren | | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | | Nein |
| Bundesergebnis | | |
| Bundesdurchschnitt | | -1 |
| Vertrauensbereich | | 0,81 % - 1,05 % |
| Fallzahl | | |
| Grundgesamtheit | | - |
| 23 | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Schädigungen der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen) | |
| | Kennzahl-ID | 50053 |
| | Leistungsbereich | Versorgung von Früh- und Neugeborenen |
| | Art des Wertes | TKez |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |

Qualitätsbericht 2018

| | |
|--|-----------------|
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Vertrauensbereich | 0 % - 58,87 % |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Vertrauensbereich | 0,87 % - 1,04 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 5 |

| | | |
|-----------|--|---|
| 24 | Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Standards angemessen | |
| | Kennzahl-ID | 50055 |
| | Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| | Vertrauensbereich | 76,63 % - 97,94 % |
| | Bundesergebnis | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | ≥ 90,00 % |
| | Vertrauensbereich | 91,75 % - 92,43 % |
| | Fallzahl | |
| | Grundgesamtheit | 27 |
| | Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | | |
|-----------|--|---------------------------------------|
| 25 | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kindern mit einer Infektion, die sie im Krankenhaus erworben haben (bezogen auf Kinder, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder) | |
| | Kennzahl-ID | 50060 |
| | Leistungsbereich | Versorgung von Früh- und Neugeborenen |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |

Qualitätsbericht 2018

| | |
|---|--|
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Ja |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Ergebnis | — |
| Vertrauensbereich | — |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 2,79 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich | 0,87 % - 0,97 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | | |
|----|---|---------------------------------------|
| 26 | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an beatmeten Kindern mit einer Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (bezogen auf Kinder, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder) | |
| | Kennzahl-ID | 50062 |
| | Leistungsbereich | Versorgung von Früh- und Neugeborenen |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| | Ergebnis | — |
| | Vertrauensbereich | — |
| | Bundesergebnis | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | ≤ 2,54 (95. Perzentil) |
| | Vertrauensbereich | 0,87 % - 0,98 % |
| | Fallzahl | |
| | Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| | Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |

Qualitätsbericht 2018

| | |
|--|---|
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | | |
|-----------|---|---|
| 27 | Ein Hörtest wurde durchgeführt | |
| | Kennzahl-ID | 50063 |
| | Leistungsbereich | Versorgung von Früh- und Neugeborenen |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| | Vertrauensbereich | 95,28 % - 99,85 % |
| | Bundesergebnis | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | ≥ 95,00 % |
| | Vertrauensbereich | 97,77 % - 97,95 % |
| | Fallzahl | |
| | Grundgesamtheit | 116 |
| | Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | | |
|-----------|---|---------------------------------------|
| 28 | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36 Grad Celsius festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen) | |
| | Kennzahl-ID | 50069 |
| | Leistungsbereich | Versorgung von Früh- und Neugeborenen |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| | Ergebnis | — |
| | Vertrauensbereich | — |

| | | |
|---|--|---|
| Bundesergebnis | | |
| Bundesdurchschnitt | -1 | |
| Referenzbereich | ≤ 2,52 (95. Perzentil) | |
| Vertrauensbereich | 0,9 % - 1,05 % | |
| Fallzahl | | |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) | |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit | |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar | |
| 29 | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36 Grad Celsius festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer von mehr als 31 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen) | |
| | Kennzahl-ID | 50074 |
| | Leistungsbereich | Versorgung von Früh- und Neugeborenen |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| | Vertrauensbereich | 2,58 % - 5,94 % |
| | Bundesergebnis | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | ≤ 2,04 (95. Perzentil) |
| | Vertrauensbereich | 0,92 % - 0,98 % |
| | Fallzahl | |
| | Grundgesamtheit | 113 |
| | Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | A41 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig: Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | | | |
|---|--|--|-------------------------------------|
| 30 | 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) | | |
| | Kennzahl-ID | 50481 | |
| | Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks | |
| | Art des Wertes | QI | |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH | |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein | |
| | Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | | |
| | Vertrauensbereich | 0 % - 25,88 % | |
| | Bundesergebnis | | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 | |
| | Referenzbereich | ≤ 10,37 % (95. Perzentil) | |
| | Vertrauensbereich | 2,95 % - 3,55 % | |
| | Fallzahl | | |
| | Grundgesamtheit | 11 | |
| | Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich | |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar | |
| | 31 | Die Lymphknoten, die in der Achselhöhle liegen, werden entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die Brustkrebs im Frühstadium haben und bei denen die Brust nicht entfernt wird, sondern brusterhaltend operiert wird) | |
| | | Kennzahl-ID | 50719 |
| | | Leistungsbereich | Operative Behandlung von Brustkrebs |
| Art des Wertes | | QI | |
| Bezug zum Verfahren | | QSKH | |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | | Nein | |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | | | |
| Vertrauensbereich | | 0 % - 27,75 % | |
| Bundesergebnis | | | |
| Bundesdurchschnitt | | -1 | |
| Referenzbereich | | ≤ 8,20 % (80. Perzentil) | |
| Vertrauensbereich | | 5,42 % - 6,71 % | |
| Fallzahl | | | |
| Grundgesamtheit | | 10 | |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | | | |

Qualitätsbericht 2018

| | |
|--|---|
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | | |
|---|--|---|
| 32 | Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen | |
| | Kennzahl-ID | 50722 |
| | Leistungsbereich | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | | |
| | Vertrauensbereich | 91,7 % - 97,08 % |
| Bundesergebnis | | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | ≥ 95,00 % |
| | Vertrauensbereich | 96,42 % - 96,55 % |
| Fallzahl | | |
| | Grundgesamtheit | 262 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | | |
|---|---|--|
| 33 | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | |
| | Kennzahl-ID | 50778 |
| | Leistungsbereich | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | | |
| | Vertrauensbereich | 0,82 % - 1,55 % |
| Bundesergebnis | | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |

Qualitätsbericht 2018

| | |
|---|---|
| Referenzbereich | ≤ 1,58 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich | 1,05 % - 1,07 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 266 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | | |
|-----------|---|---|
| 34 | Frühgeborene, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mehr als 31 Wochen) | |
| | Kennzahl-ID | 51070 |
| | Leistungsbereich | Versorgung von Früh- und Neugeborenen |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| | Ergebnis | — |
| | Vertrauensbereich | — |
| | Bundesergebnis | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | Sentinel-Event |
| | Vertrauensbereich | 0,31 % - 0,38 % |
| | Fallzahl | |
| | Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| | Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | U32 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | | |
|-----------|---|---------------------------------------|
| 35 | Schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden | |
| | Kennzahl-ID | 51076 |
| | Leistungsbereich | Versorgung von Früh- und Neugeborenen |
| | Art des Wertes | TKez |

| | |
|--|---------------|
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Vertrauensbereich | 0 % - 43,45 % |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Vertrauensbereich | 3 % - 3,68 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 5 |

36

Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden

| | |
|--|---|
| Kennzahl-ID | 51078 |
| Leistungsbereich | Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Vertrauensbereich | 3,03 % - 3,91 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | - |

37

Schwerwiegende Schädigung der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden

| | |
|--|---------------------------------------|
| Kennzahl-ID | 51079 |
| Leistungsbereich | Versorgung von Früh- und Neugeborenen |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Vertrauensbereich | 0 % - 43,45 % |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Vertrauensbereich | 5,07 % - 6,07 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 5 |

| 38 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | |
|---|---|
| Kennzahl-ID | 51186 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Vertrauensbereich | 0 % - 23,46 % |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 6,75 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich | 0,81 % - 1,1 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 27 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 39 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | |
| Kennzahl-ID | 51191 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Vertrauensbereich | 0,83 % - 4,34 % |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 4,02 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich | 1,04 % - 1,17 % |

| | |
|---|---|
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 122 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 40 | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Kennzahl-ID | 51196 |
| Leistungsbereich | Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Vertrauensbereich | 0 % - 128,98 % |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 5,70 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich | 1,12 % - 1,49 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 5 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 41 | Zwischen dem Zeitpunkt, wann der Brustkrebs festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage |
| Kennzahl-ID | 51370 |
| Leistungsbereich | Operative Behandlung von Brustkrebs |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

| | | |
|---|--|---|
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | | |
| Vertrauensbereich | 0 % - 4,14 % | |
| Bundesergebnis | | |
| Bundesdurchschnitt | -1 | |
| Referenzbereich | ≤ 16,36 % (95. Perzentil) | |
| Vertrauensbereich | 3,85 % - 4,17 % | |
| Fallzahl | | |
| Grundgesamtheit | 89 | |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich | |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar | |
| 42 | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Neugeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind) | |
| | Kennzahl-ID | 51397 |
| | Leistungsbereich | Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt |
| | Art des Wertes | TKez |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| | Vertrauensbereich | 1,55 % - 7,32 % |
| | Bundesergebnis | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Vertrauensbereich | 1,01 % - 1,12 % |
| | Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 666 | |
| 43 | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | |
| | Kennzahl-ID | 51404 |
| | Leistungsbereich | Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers |
| | Art des Wertes | QI |

Qualitätsbericht 2018

| | | |
|---|--|---|
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | | |
| | Ergebnis | — |
| | Vertrauensbereich | — |
| Bundesergebnis | | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | ≤ 5,03 (95. Perzentil) |
| | Vertrauensbereich | 0,84 % - 1,11 % |
| Fallzahl | | |
| | Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | U32 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 44 | Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden) | |
| | Kennzahl-ID | 51437 |
| | Leistungsbereich | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | | |
| | Ergebnis | — |
| | Vertrauensbereich | — |
| Bundesergebnis | | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | ≥ 95,00 % |
| | Vertrauensbereich | 98,02 % - 98,88 % |
| Fallzahl | | |
| | Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | | |

Qualitätsbericht 2018

| | | |
|----|--|---|
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 45 | Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden) | |
| | Kennzahl-ID | 51443 |
| | Leistungsbereich | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| | Ergebnis | — |
| | Vertrauensbereich | — |
| | Bundesergebnis | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | ≥ 95,00 % |
| | Vertrauensbereich | 99,12 % - 99,72 % |
| | Fallzahl | |
| | Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| | Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | | | |
|--|---|--|---|
| 46 | Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war) | | |
| | Kennzahl-ID | 51445 | |
| | Leistungsbereich | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) | |
| | Art des Wertes | TKez | |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH | |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein | |
| | Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | | |
| | Ergebnis | — | |
| | Vertrauensbereich | — | |
| | Bundesergebnis | | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 | |
| | Vertrauensbereich | 1,28 % - 2,29 % | |
| | Fallzahl | | |
| | Grundgesamtheit | (Datenschutz) | |
| | 47 | Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden) | |
| | | Kennzahl-ID | 51448 |
| | | Leistungsbereich | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
| Art des Wertes | | TKez | |
| Bezug zum Verfahren | | QSKH | |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | | Nein | |
| Bundesergebnis | | | |
| Bundesdurchschnitt | | -1 | |
| Vertrauensbereich | | 1,03 % - 3,67 % | |
| Fallzahl | | | |
| Grundgesamtheit | | - | |

| | | |
|--|--|---|
| 48 | Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischem Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden) - bei der Auswertung wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind (z. B. Vorerkrankungen) berücksichtigt | |
| | Kennzahl-ID | 51803 |
| | Leistungsbereich | Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH, QS-Planung |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| | Vertrauensbereich | 1,57 % - 4,37 % |
| | Bundesergebnis | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | ≤ 2,32 |
| | Vertrauensbereich | 1,02 % - 1,08 % |
| | Fallzahl | |
| | Grundgesamtheit | 687 |
| | Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | A41 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig: Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar | |
| 49 | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Frühgeborene, die zwischen der 24. und einschließlich der 36. Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwilling- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht miteinbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind) | |
| | Kennzahl-ID | 51831 |
| | Leistungsbereich | Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| | Ergebnis | — |
| | Vertrauensbereich | — |

| | |
|---|---|
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 6,00 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich | 0,95 % - 1,18 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | U32 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | | |
|-----------|--|---------------------------------------|
| 50 | Sehr kleine Frühgeborene, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden | |
| | Kennzahl-ID | 51832 |
| | Leistungsbereich | Versorgung von Früh- und Neugeborenen |
| | Art des Wertes | TKez |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| | Vertrauensbereich | 0 % - 43,45 % |
| | Bundesergebnis | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Vertrauensbereich | 3,6 % - 4,34 % |
| | Fallzahl | |
| | Grundgesamtheit | 5 |

| | | |
|-----------|---|---------------------------------------|
| 51 | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an sehr kleinen Frühgeborenen, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen) | |
| | Kennzahl-ID | 51837 |
| | Leistungsbereich | Versorgung von Früh- und Neugeborenen |
| | Art des Wertes | TKez |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| | Vertrauensbereich | 0 % - 50,41 % |
| | Bundesergebnis | |

Qualitätsbericht 2018

| | |
|--------------------|-----------------|
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Vertrauensbereich | 0,84 % - 1,01 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 5 |

| | | |
|-----------|--|---------------------------------------|
| 52 | Schwerwiegende Schädigung des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden | |
| | Kennzahl-ID | 51838 |
| | Leistungsbereich | Versorgung von Früh- und Neugeborenen |
| | Art des Wertes | TKez |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| | Vertrauensbereich | 0 % - 27,75 % |
| | Bundesergebnis | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Vertrauensbereich | 1,91 % - 2,43 % |
| | Fallzahl | |
| | Grundgesamtheit | 10 |

| | | |
|-----------|--|---------------------------------------|
| 53 | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Schädigungen des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen) | |
| | Kennzahl-ID | 51843 |
| | Leistungsbereich | Versorgung von Früh- und Neugeborenen |
| | Art des Wertes | TKez |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| | Vertrauensbereich | 0 % - 14,89 % |
| | Bundesergebnis | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Vertrauensbereich | 0,8 % - 1,02 % |
| | Fallzahl | |
| | Grundgesamtheit | 10 |

| | | |
|-----------|---|-------------------------------------|
| 54 | Die Feststellung, dass die Patientinnen und Patienten Brustkrebs haben, wurde vor der Behandlung durch eine Gewebeuntersuchung abgesichert | |
| | Kennzahl-ID | 51846 |
| | Leistungsbereich | Operative Behandlung von Brustkrebs |

Qualitätsbericht 2018

| | |
|--|---|
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Vertrauensbereich | 97,13 % - 100 % |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≥ 90,00 % |
| Vertrauensbereich | 97,34 % - 97,57 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 130 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 55 Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht (in den Wächterlymphknoten siedeln sich die Krebszellen mit hoher Wahrscheinlichkeit zuerst an) | |
| Kennzahl-ID | 51847 |
| Leistungsbereich | Operative Behandlung von Brustkrebs |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Vertrauensbereich | 87,4 % - 99,57 % |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≥ 90,00 % |
| Vertrauensbereich | 96,23 % - 96,63 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 41 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| 56 Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind | | |
|--|--|---|
| Kennzahl-ID | | 51859 |
| Leistungsbereich | | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
| Art des Wertes | | Tkez |
| Bezug zum Verfahren | | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | | |
| Ergebnis | | — |
| Vertrauensbereich | | — |
| Bundesergebnis | | |
| Bundesdurchschnitt | | -1 |
| Vertrauensbereich | | 2,7 % - 3,4 % |
| Fallzahl | | |
| Grundgesamtheit | | (Datenschutz) |
| 57 Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden) | | |
| Kennzahl-ID | | 51860 |
| Leistungsbereich | | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
| Art des Wertes | | TKez |
| Bezug zum Verfahren | | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | | |
| Ergebnis | | — |
| Vertrauensbereich | | — |
| Bundesergebnis | | |
| Bundesdurchschnitt | | -1 |
| Vertrauensbereich | | 2,98 % - 4,55 % |
| Fallzahl | | |
| Grundgesamtheit | | (Datenschutz) |

| 58 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Kathethers) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | | |
|---|--|---|
| Kennzahl-ID | | 51865 |
| Leistungsbereich | | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
| Art des Wertes | | TKez |
| Bezug zum Verfahren | | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | | |
| Ergebnis | | — |
| Vertrauensbereich | | — |
| Bundesergebnis | | |
| Bundesdurchschnitt | | -1 |
| Vertrauensbereich | | 0,87 % - 1,15 % |
| Fallzahl | | |
| Grundgesamtheit | | (Datenschutz) |
| 59 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | | |
| Kennzahl-ID | | 51873 |
| Leistungsbereich | | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
| Art des Wertes | | QI |
| Bezug zum Verfahren | | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | | |
| Ergebnis | | — |
| Vertrauensbereich | | — |
| Bundesergebnis | | |
| Bundesdurchschnitt | | -1 |
| Referenzbereich | | ≤ 3,03 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich | | 0,89 % - 1,12 % |
| Fallzahl | | |

Qualitätsbericht 2018

| | |
|---|---|
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | | |
|-----------|---|---|
| 60 | Frühgeborene, die verstorben sind oder eine schwerwiegende Hirnblutung, eine schwerwiegende Schädigung des Darms, der Lunge oder der Netzhaut des Auges hatten | |
| | Kennzahl-ID | 51901 |
| | Leistungsbereich | Versorgung von Früh- und Neugeborenen |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| | Vertrauensbereich | 0 % - 11,83 % |
| | Bundesergebnis | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | ≤ 1,91 (95. Perzentil) |
| | Vertrauensbereich | 0,88 % - 0,98 % |
| | Fallzahl | |
| | Grundgesamtheit | 10 |
| | Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | | |
|-----------|---|---|
| 61 | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen | |
| | Kennzahl-ID | 51906 |
| | Leistungsbereich | Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt) |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH, QS-Planung |

| | |
|---|---|
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Vertrauensbereich | 0 % - 5,39 % |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 4,18 |
| Vertrauensbereich | 1,03 % - 1,17 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 106 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | | |
|-----------|--|--|
| 62 | Probleme im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Schockgeber (Defibrillator) eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme). Diese Probleme führten zu einer erneuten Operation | |
| | Kennzahl-ID | 52001 |
| | Leistungsbereich | Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| | Ergebnis | — |
| | Vertrauensbereich | — |
| | Bundesergebnis | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | ≤ 6,00 % |
| | Vertrauensbereich | 2,98 % - 3,35 % |
| | Fallzahl | |
| | Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| | Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| 63 Infektion, die zu einer erneuten Operation führte | |
|---|--|
| Kennzahl-ID | 52002 |
| Leistungsbereich | Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Ja |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Vertrauensbereich | 0 % - 9,64 % |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 2,44 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich | 0,47 % - 0,63 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 36 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 64 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 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 2,31 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich | 1,05 % - 1,07 % |
| Fallzahl | |

Qualitätsbericht 2018

| | | |
|-----------|--|---|
| | Grundgesamtheit | 15305 |
| | Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 65 | 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) | |
| | Kennzahl-ID | 52010 |
| | Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Bundesergebnis | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | Sentinel-Event |
| | Vertrauensbereich | 0,01 % - 0,01 % |
| | Fallzahl | |
| | Grundgesamtheit | 15305 |
| | Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 66 | Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird | |
| | Kennzahl-ID | 52131 |
| | Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| | Vertrauensbereich | 81,39 % - 98,42 % |

Qualitätsbericht 2018

| | |
|---|--|
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≥ 60,00 % |
| Vertrauensbereich | 91,4 % - 92 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 35 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 67 | Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde) |
| Kennzahl-ID | 52139 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Vertrauensbereich | 85,57 % - 95,49 % |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≥ 60,00 % |
| Vertrauensbereich | 89,04 % - 89,45 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 122 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 68 | Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, erlitten einen Schlaganfall oder sind während der Operation verstorben. Bei der Operation wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt |
| Kennzahl-ID | 52240 |

Qualitätsbericht 2018

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Ergebnis | — |
| Vertrauensbereich | — |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | Sentinel-Event |
| Vertrauensbereich | 3,9 % - 10,96 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 69 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kaiserschnittgeburten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen) | |
| Kennzahl-ID | 52249 |
| Leistungsbereich | Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Vertrauensbereich | 0,95 % - 1,17 % |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 1,23 (90. Perzentil) |
| Vertrauensbereich | 0,98 % - 0,99 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 726 |

| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
|---|--|
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 70 | Wachstum des Kopfes |
| Kennzahl-ID | 52262 |
| Leistungsbereich | Versorgung von Früh- und Neugeborenen |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Ergebnis | — |
| Vertrauensbereich | — |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 21,74 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich | 9,58 % - 10,53 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 71 | Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen HER2 nachgewiesen werden konnte und die deswegen eine spezielle medikamentöse Therapie erhalten sollten (HER2 ist eine Eiweißstruktur, die sich bei manchen Patientinnen und Patienten auf der Oberfläche der Tumorzellen befindet) |
| Kennzahl-ID | 52268 |
| Leistungsbereich | Operative Behandlung von Brustkrebs |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Vertrauensbereich | 12,16 % - 26,1 % |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |

Qualitätsbericht 2018

| | |
|---|---|
| Referenzbereich | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich | 12,86 % - 13,38 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 116 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

72 Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil möglichst vollständig entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.)

| | |
|---|---|
| Kennzahl-ID | 52279 |
| Leistungsbereich | Operative Behandlung von Brustkrebs |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH, QS-Planung |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Vertrauensbereich | 93,98 % - 100 % |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≥ 95,00 % |
| Vertrauensbereich | 97,76 % - 98,1 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 60 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

73 Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter

| | |
|------------------|---|
| Kennzahl-ID | 52283 |
| Leistungsbereich | Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt) |
| Art des Wertes | QI |

Qualitätsbericht 2018

| | |
|---|--|
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Ergebnis | — |
| Vertrauensbereich | — |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 4,94 % (90. Perzentil) |
| Vertrauensbereich | 2,38 % - 2,56 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 74 | Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel des Herzschrittmachers angemessen funktionierten |
| Kennzahl-ID | 52305 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Vertrauensbereich | 92,96 % - 96,86 % |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≥ 90,00 % |
| Vertrauensbereich | 95,66 % - 95,81 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 466 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| 75 Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers | |
|---|---|
| Kennzahl-ID | 52311 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Ergebnis | — |
| Vertrauensbereich | — |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 3,00 % |
| Vertrauensbereich | 1,36 % - 1,53 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 76 Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers | |
| Kennzahl-ID | 52315 |
| Leistungsbereich | Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Vertrauensbereich | 0 % - 32,44 % |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 3,00 % |
| Vertrauensbereich | 0,87 % - 1,34 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 8 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |

| | |
|--|---|
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | | |
|---|---|---|
| 77 | Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten | |
| | Kennzahl-ID | 52316 |
| | Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | | |
| | Vertrauensbereich | 91,21 % - 98,93 % |
| Bundesergebnis | | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | ≥ 90,00 % |
| | Vertrauensbereich | 96,13 % - 96,4 % |
| Fallzahl | | |
| | Grundgesamtheit | 96 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | | |
|---|--|--|
| 78 | Die Funktionsfähigkeit der Kabel des Schockgebers (Defibrillators) wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft | |
| | Kennzahl-ID | 52321 |
| | Leistungsbereich | Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | | |
| | Vertrauensbereich | 93,69 % - 100 % |
| Bundesergebnis | | |

Qualitätsbericht 2018

| | |
|---|---|
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≥ 95,00 % |
| Vertrauensbereich | 98,6 % - 98,78 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 57 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | | |
|-----------|---|--|
| 79 | Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel des Schockgebers (Defibrillators) | |
| | Kennzahl-ID | 52324 |
| | Leistungsbereich | Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| | Vertrauensbereich | 0 % - 48,99 % |
| | Bundesergebnis | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | ≤ 3,00 % |
| | Vertrauensbereich | 0,35 % - 0,71 % |
| | Fallzahl | |
| | Grundgesamtheit | 4 |
| | Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | | |
|-----------|---|---|
| 80 | Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel des Schockgebers (Defibrillators) | |
| | Kennzahl-ID | 52325 |
| | Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| | Art des Wertes | QI |

Qualitätsbericht 2018

| | |
|---|---|
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Vertrauensbereich | 0 % - 12,87 % |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 3,00 % |
| Vertrauensbereich | 0,71 % - 0,94 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 26 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | | |
|-----------|--|--|
| 81 | Technisches Problem am Schockgeber (Defibrillator), das zu einer erneuten Operation führte (Aggregat- oder Sondenproblem) | |
| | Kennzahl-ID | 52328 |
| | Leistungsbereich | Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| | Ergebnis | — |
| | Vertrauensbereich | — |
| | Bundesergebnis | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | ≤ 8,69 % (95. Perzentil) |
| | Vertrauensbereich | 3,2 % - 3,58 % |
| | Fallzahl | |
| | Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| | Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 82 | Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil möglichst vollständig entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.) | | |
| | Kennzahl-ID | 52330 | |
| | Leistungsbereich | Operative Behandlung von Brustkrebs | |
| | Art des Wertes | QI | |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH, QS-Planung | |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein | |
| | Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | | |
| | Vertrauensbereich | 92,29 % - 100 % | |
| | Bundesergebnis | | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 | |
| | Referenzbereich | ≥ 95,00 % | |
| | Vertrauensbereich | 99,14 % - 99,38 % | |
| | Fallzahl | | |
| | Grundgesamtheit | 46 | |
| | Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich | |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar | |
| | 83 | Die geplante Operation, bei der erstmal ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht | |
| | | Kennzahl-ID | 54001 |
| | | Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Art des Wertes | | QI | |
| Bezug zum Verfahren | | QSKH | |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | | Nein | |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | | | |
| Vertrauensbereich | | 92,34 % - 98,55 % | |
| Bundesergebnis | | | |
| Bundesdurchschnitt | | -1 | |
| Referenzbereich | | ≥ 90,00 % | |
| Vertrauensbereich | | 97,05 % - 97,2 % | |
| Fallzahl | | | |
| Grundgesamtheit | | 148 | |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | | | |

Qualitätsbericht 2018

| | |
|--|---|
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | | |
|---|---|---|
| 84 | Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht | |
| | Kennzahl-ID | 54002 |
| | Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | | |
| | Vertrauensbereich | 71,09 % - 97,35 % |
| Bundesergebnis | | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | ≥ 86,00 % |
| | Vertrauensbereich | 91,99 % - 92,72 % |
| Fallzahl | | |
| | Grundgesamtheit | 21 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | | |
|---|---|--|
| 85 | Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation, bei der ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfand | |
| | Kennzahl-ID | 54003 |
| | Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | | |
| | Vertrauensbereich | 19,08 % - 44,81 % |
| Bundesergebnis | | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | ≤ 15,00 % |

Qualitätsbericht 2018

| | |
|---|--|
| Vertrauensbereich | 13,48 % - 14,03 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 46 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | S99 - Sonstiges: Sonstiges (im Kommentar erläutert) |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar / Erläuterung | |
| Kommentar extern | Viele plausible Einzelfälle erklären die Abweichung. |

| | | |
|---|--|---|
| 86 | Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden | |
| | Kennzahl-ID | 54004 |
| | Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | | |
| | Vertrauensbereich | 92,43 % - 98,35 % |
| Bundesergebnis | | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | ≥ 85,00 % |
| | Vertrauensbereich | 95,72 % - 95,9 % |
| Fallzahl | | |
| | Grundgesamtheit | 168 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | | |
|-----------|--|--|
| 87 | Das operierte künstliche Hüftgelenk konnte zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend bewegt werden | |
| | Kennzahl-ID | 54010 |
| | Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| | Art des Wertes | TKez |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

| | |
|---|-------------------|
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Vertrauensbereich | 95,21 % - 99,63 % |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Vertrauensbereich | 98,03 % - 98,16 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 148 |

| | | |
|--|--|--|
| 88 | 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) | |
| | Kennzahl-ID | 54012 |
| | Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| | Vertrauensbereich | 0,33 % - 1,53 % |
| | Bundesergebnis | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | ≤ 2,40 (95. Perzentil) |
| | Vertrauensbereich | 0,98 % - 1,02 % |
| | Fallzahl | |
| | Grundgesamtheit | 182 |
| | Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich | |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar | |

| | | |
|----|---|--|
| 89 | Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben) | |
| | Kennzahl-ID | 54013 |
| | Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Bundesergebnis | |

Qualitätsbericht 2018

| | | |
|----|--|---|
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | Sentinel-Event |
| | Vertrauensbereich | 0,19 % - 0,23 % |
| | Fallzahl | |
| | Grundgesamtheit | 165 |
| | Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 90 | Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde) | |
| | Kennzahl-ID | 54016 |
| | Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| | Ergebnis | — |
| | Vertrauensbereich | — |
| | Bundesergebnis | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | ≤ 5,72 % (95. Perzentil) |
| | Vertrauensbereich | 1,46 % - 1,57 % |
| | Fallzahl | |
| | Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| | Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| 91 | | Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen, (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) | |
|---|--|--|--|
| Kennzahl-ID | | 54017 | |
| Leistungsbereich | | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks | |
| Art des Wertes | | QI | |
| Bezug zum Verfahren | | QSKH | |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | | Nein | |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | | | |
| Vertrauensbereich | | 0 % - 18,43 % | |
| Bundesergebnis | | | |
| Bundesdurchschnitt | | -1 | |
| Referenzbereich | | ≤ 15,15 % (95. Perzentil) | |
| Vertrauensbereich | | 5,84 % - 6,54 % | |
| Fallzahl | | | |
| Grundgesamtheit | | 17 | |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | | | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich | |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | | eingeschränkt/nicht vergleichbar | |
| 92 | | Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden) | |
| Kennzahl-ID | | 54018 | |
| Leistungsbereich | | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks | |
| Art des Wertes | | QI | |
| Bezug zum Verfahren | | QSKH | |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | | Nein | |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | | | |
| Vertrauensbereich | | 3,43 % - 20,32 % | |
| Bundesergebnis | | | |
| Bundesdurchschnitt | | -1 | |
| Referenzbereich | | ≤ 11,41 % (95. Perzentil) | |
| Vertrauensbereich | | 4,45 % - 4,79 % | |
| Fallzahl | | | |

Qualitätsbericht 2018

| | |
|---|---|
| Grundgesamtheit | 46 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

93 **Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)**

| | |
|---|---|
| Kennzahl-ID | 54019 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Ergebnis | — |
| Vertrauensbereich | — |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 7,50 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich | 2,28 % - 2,42 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

94 **Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht**

| | |
|--|--|
| Kennzahl-ID | 54020 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |

Qualitätsbericht 2018

| | |
|---|---|
| Vertrauensbereich | 94,8 % - 99,83 % |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≥ 90,00 % |
| Vertrauensbereich | 97,75 % - 97,9 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 105 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 95 | Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht |
| Kennzahl-ID | 54021 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Vertrauensbereich | 80,64 % - 100 % |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≥ 90,00 % |
| Vertrauensbereich | 96,17 % - 96,68 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 16 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 96 | Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht |
| Kennzahl-ID | 54022 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| Art des Wertes | QI |

Qualitätsbericht 2018

| | | |
|---|--|---|
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | | |
| | Vertrauensbereich | 62,26 % - 98,38 % |
| Bundesergebnis | | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | ≥ 86,00 % |
| | Vertrauensbereich | 92,87 % - 93,72 % |
| Fallzahl | | |
| | Grundgesamtheit | 11 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 97 | Das operierte künstliche Kniegelenk konnte zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend bewegt werden | |
| | Kennzahl-ID | 54026 |
| | Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| | Art des Wertes | TKez |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | | |
| | Vertrauensbereich | 92,96 % - 99,15 % |
| Bundesergebnis | | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Vertrauensbereich | 92,79 % - 93,04 % |
| Fallzahl | | |
| | Grundgesamtheit | 121 |
| 98 | 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) | |
| | Kennzahl-ID | 54028 |
| | Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |

Qualitätsbericht 2018

| | |
|---|---|
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Vertrauensbereich | 0 % - 4,85 % |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 3,79 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich | 0,83 % - 0,95 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 125 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | | |
|----|---|---|
| 99 | Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden) | |
| | Kennzahl-ID | 54029 |
| | Leistungsbereich | Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| | Ergebnis | — |
| | Vertrauensbereich | — |
| | Bundesergebnis | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | ≤ 4,50 % (95. Perzentil) |
| | Vertrauensbereich | 1,18 % - 1,36 % |
| | Fallzahl | |
| | Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| | Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

Qualitätsbericht 2018

| | | |
|---|--|--|
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 100 | Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden | |
| | Kennzahl-ID | 54030 |
| | Leistungsbereich | Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | | |
| | Vertrauensbereich | 14,36 % - 32,05 % |
| Bundesergebnis | | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | ≤ 15,00 % |
| | Vertrauensbereich | 13,85 % - 14,4 % |
| Fallzahl | | |
| | Grundgesamtheit | 82 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 101 | 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) | |
| | Kennzahl-ID | 54033 |
| | Leistungsbereich | Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |

Qualitätsbericht 2018

| | | |
|---|--|---|
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | | |
| | Ergebnis | — |
| | Vertrauensbereich | — |
| Bundesergebnis | | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | ≤ 2,24 (95. Perzentil) |
| | Vertrauensbereich | 1,01 % - 1,05 % |
| Fallzahl | | |
| | Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 102 | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Nachblutungen oder Blutansammlungen im Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | |
| | Kennzahl-ID | 54040 |
| | Leistungsbereich | Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | | |
| | Ergebnis | — |
| | Vertrauensbereich | — |
| Bundesergebnis | | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | ≤ 4,28 (95. Perzentil) |
| | Vertrauensbereich | 0,83 % - 0,99 % |
| Fallzahl | | |
| | Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | | |

Qualitätsbericht 2018

| | | |
|-----|--|--|
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 103 | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | |
| | Kennzahl-ID | 54042 |
| | Leistungsbereich | Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| | Ergebnis | — |
| | Vertrauensbereich | — |
| | Bundesergebnis | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | ≤ 2,17 (95. Perzentil) |
| | Vertrauensbereich | 0,96 % - 1,01 % |
| | Fallzahl | |
| | Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| | Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | | |
|-----|---|---|
| 104 | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | |
| | Kennzahl-ID | 54046 |
| | Leistungsbereich | Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| | Vertrauensbereich | 0,44 % - 2,28 % |
| | Bundesergebnis | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | ≤ 2,07 (90. Perzentil) |
| | Vertrauensbereich | 1 % - 1,07 % |
| | Fallzahl | |
| | Grundgesamtheit | 82 |
| | Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 105 | Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden | |
| | Kennzahl-ID | 54050 |
| | Leistungsbereich | Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| | Vertrauensbereich | 81,29 % - 95,7 % |
| | Bundesergebnis | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |

Qualitätsbericht 2018

| | |
|---|---|
| Referenzbereich | ≥ 85,00 % |
| Vertrauensbereich | 95,16 % - 95,52 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 65 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

106 **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)**

| | |
|---|---|
| Kennzahl-ID | 54123 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Vertrauensbereich | 0 % - 3,08 % |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 5,00 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich | 1,35 % - 1,46 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 121 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

107 **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 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |

Qualitätsbericht 2018

| | |
|---|---|
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Vertrauensbereich | 0 % - 3,08 % |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 3,89 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich | 1 % - 1,1 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 121 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | | |
|-----|--|---|
| 108 | 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) | |
| | Kennzahl-ID | 54125 |
| | Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| | Vertrauensbereich | 0 % - 25,88 % |
| | Bundesergebnis | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | ≤ 13,33 % (95. Perzentil) |
| | Vertrauensbereich | 4,25 % - 4,96 % |
| | Fallzahl | |
| | Grundgesamtheit | 11 |
| | Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| 109 Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben) | |
|--|---|
| Kennzahl-ID | 54127 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | Sentinel-Event |
| Vertrauensbereich | 0,03 % - 0,05 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 109 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 110 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 | |
| Kennzahl-ID | 54128 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≥ 98,54 % (5. Perzentil) |
| Vertrauensbereich | 99,76 % - 99,81 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | - |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

| | | |
|---|---|---|
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 111 | Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt | |
| | Kennzahl-ID | 54140 |
| | Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | | |
| | Vertrauensbereich | 94,65 % - 99,83 % |
| Bundesergebnis | | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | ≥ 90,00 % |
| | Vertrauensbereich | 98,46 % - 98,64 % |
| Fallzahl | | |
| | Grundgesamtheit | 102 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 112 | Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in den meisten Fällen eingesetzt werden sollten | |
| | Kennzahl-ID | 54141 |
| | Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| | Art des Wertes | Tkez |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | | |
| | Vertrauensbereich | 93,13 % - 99,46 % |
| Bundesergebnis | | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Vertrauensbereich | 96,72 % - 96,98 % |
| Fallzahl | | |
| | Grundgesamtheit | 102 |

| 113 Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in weniger als der Hälfte der Fälle eingesetzt werden sollten | |
|--|---|
| Kennzahl-ID | 54142 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Vertrauensbereich | 0 % - 3,63 % |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Vertrauensbereich | 0,11 % - 0,16 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 102 |
| 114 Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft spezielle Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten | |
| Kennzahl-ID | 54143 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Ergebnis | — |
| Vertrauensbereich | — |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 10,00 % |
| Vertrauensbereich | 1,48 % - 1,66 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| 115 Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war die Operation aus medizinischen Gründen angebracht | |
|--|---|
| Kennzahl-ID | 603 |
| Leistungsbereich | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Vertrauensbereich | 92,87 % - 100 % |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≥ 95,00 % |
| Vertrauensbereich | 98,78 % - 99,11 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 50 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 116 Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war die Operation aus medizinischen Gründen angebracht | |
| Kennzahl-ID | 604 |
| Leistungsbereich | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Vertrauensbereich | 83,89 % - 100 % |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≥ 95,00 % |
| Vertrauensbereich | 99,68 % - 99,87 % |

Qualitätsbericht 2018

| | |
|---|---|
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 20 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | | |
|-----|--|---|
| 117 | Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war) | |
| | Kennzahl-ID | 605 |
| | Leistungsbereich | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
| | Art des Wertes | Tkez |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| | Vertrauensbereich | 0 % - 10,43 % |
| | Bundesergebnis | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Vertrauensbereich | 1,05 % - 1,44 % |
| | Fallzahl | |
| | Grundgesamtheit | 33 |

| | | |
|-----|--|---|
| 118 | Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war | |
| | Kennzahl-ID | 606 |
| | Leistungsbereich | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
| | Art des Wertes | Tkez |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| | | |
| | | |
| | | |

Qualitätsbericht 2018

| | |
|-----------------------|-----------------|
| Vertrauensbereich | 0 % - 18,43 % |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Vertrauensbereich | 2,08 % - 3,59 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 17 |

119 Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

| | |
|--|---|
| Kennzahl-ID | 60683 |
| Leistungsbereich | Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt) |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Vertrauensbereich | 11,01 % - 13,58 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 4 |

120 Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

| | |
|--|---|
| Kennzahl-ID | 60684 |
| Leistungsbereich | Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt) |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Vertrauensbereich | 0 % - 22,81 % |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Vertrauensbereich | 11,05 % - 12,96 % |
| Fallzahl | |

Qualitätsbericht 2018

| | | | |
|--|---|---|--------------|
| | Grundgesamtheit | 13 | |
| 121 | Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis | | |
| | Kennzahl-ID | 60685 | |
| | Leistungsbereich | Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt) | |
| | Art des Wertes | QI | |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH | |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein | |
| | Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | | |
| | Ergebnis | — | |
| | Vertrauensbereich | — | |
| | Bundesergebnis | | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 | |
| | Referenzbereich | Sentinel-Event | |
| | Vertrauensbereich | 1,05 % - 1,25 % | |
| | Fallzahl | | |
| | Grundgesamtheit | (Datenschutz) | |
| | Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | U32 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle | |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar | |
| | 122 | Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis | |
| | | Kennzahl-ID | 60686 |
| Leistungsbereich | | Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt) | |
| Art des Wertes | | QI | |
| Bezug zum Verfahren | | QSKH | |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | | Nein | |

Qualitätsbericht 2018

| | |
|---|---|
| Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| Vertrauensbereich | 13,7 % - 46,08 % |
| Bundesergebnis | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 40,23 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich | 19,39 % - 20,68 % |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 26 |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | | |
|---|--|---|
| 123 | Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis | |
| | Kennzahl-ID | 612 |
| | Leistungsbereich | Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt) |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses | |
| | Vertrauensbereich | 64,11 % - 89,96 % |
| | Bundesergebnis | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≥ 74,04 % (5. Perzentil) | |
| Vertrauensbereich | 87,96 % - 88,59 % | |
| Fallzahl | | |
| Grundgesamtheit | 35 | |
| Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen | | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich | |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar | |

*gemäß "Bericht zur Prüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung" vom 18. März 2013, siehe www.sgg.de

Qualitätsbericht 2018

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

Trifft nicht zu.

| | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. |

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

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

| | |
|--------------------------------------|---|
| Leistungsbereich: | Alle Johanniter Krankenhäuser sind Mitglied der Initiative Qualitätsmedizin (IQM). Damit gehen wir freiwillig weit über die bestehenden gesetzlichen Anforderungen zur Qualitätssicherung hinaus. |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators: | Die IQM-Mitgliedskliniken nutzen die German Inpatient Quality Indicators (G-IQI). Die aktuelle Version der G-IQI beinhaltet über 300 Kennzahlen zu 64 bedeutsamen Krankheitsbildern und Behandlungen. |
| Ergebnis: | Ergebnisse werden für jeden Indikator berechnet. |
| Messzeitraum: | 2018 |
| Datenerhebung: | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln: | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1 |
| Referenzbereiche: | Es wird mit dem Bundesreferenzwert verglichen. |
| Vergleichswerte: | Es wird ein Erwartungswert berechnet. |
| Quellenangabe: | http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/wir-uber-uns/mitgliedskliniken/ |

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

C-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind

| | |
|------------------|-------------------------------|
| Bezeichnung: | Kniegelenk-Totalendoprothesen |
| Erbrachte Menge: | 109 |
| Ausnahme: | MM05: Keine Ausnahme |
| Ausnahme-Datum: | |

| | |
|------------------|--|
| Bezeichnung: | Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas |
| Erbrachte Menge: | 11 |
| Ausnahme: | MM05: Keine Ausnahme |
| Ausnahme-Datum: | |

Qualitätsbericht 2018

C-5.2 Leistungsbereiche, für die im Prognosejahr gemäß Mindestmengenregelungen Mindestmengen erbracht werden sollen

| | |
|---|-------------------------------|
| Bezeichnung: | Kniegelenk-Totalendoprothesen |
| Gesamtergebnis Prognosedarlegung: | Nein |
| Leistungsmenge im Berichtsjahr: | 109 |
| Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres: | 94 |
| Prüfung durch Landesverbände: | Nein |
| Ausnahmetatbestand: | Nein |
| Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden: | Nein |
| Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt: | Nein |

| | |
|---|--|
| Bezeichnung: | Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas |
| Gesamtergebnis Prognosedarlegung: | Nein |
| Leistungsmenge im Berichtsjahr: | 11 |
| Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres: | 11 |
| Prüfung durch Landesverbände: | Nein |
| Ausnahmetatbestand: | Nein |
| Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden: | Nein |
| Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt: | Nein |

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Strukturqualitätsvereinbarungen:

| Vereinbarung | |
|--------------|---|
| 1 | Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchortenaneurysma |

Qualitätsbericht 2018

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

| | |
|--|----|
| Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen): | 80 |
| - Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt: | 67 |
| - Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben: | 67 |

* 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).

D Qualitätsmanagement

Das Qualitätsmanagement (QM) in den Häusern der Johanniter GmbH ist breit aufgestellt. Dazu gehören unter anderem ein internes Risikomanagement, die Beteiligung an freiwilligen fachspezifischen QM-Verfahren sowie - je nach Standort - die Beteiligung an verschiedene Zertifizierungen.

Für die Johanniter ist primär die Ergebnisqualität der medizinischen Behandlung Referenz-Maßstab für Maßnahmen im Qualitätsmanagementsystem. Praktisch bedeutet dies, dass die Johanniter-Krankenhäuser den Behandlungserfolg des Patienten mit der Erfassung spezieller, objektivierbarer Kennzahlen in das Zentrum aller QM-Aktivitäten stellen.

Kennzahlen sind unabdingbar, um Qualität zu messen und transparent darzustellen. Dabei sind die sog. **"Peer Reviews"** (siehe weiter unten) eine der wichtigsten Säulen des medizinischen Qualitätsmanagements der Johanniter.

Qualität messen

Die Qualität von medizinischen Behandlungen messen die Johanniter auf Basis von Abrechnungsdaten. Sie sind aussagekräftig, manipulationssicher und ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand zu erbringen. Die Abrechnungsdaten, häufig auch als Routinedaten bezeichnet, werden auf Grundlage der anerkannten **G-IQI** (German Inpatient Quality Indicators) ausgewertet. Sie umfassen alle wesentlichen Krankheitsbilder und Operationsverfahren. https://www.segmqw.tu-berlin.de/menue/inpatient_quality_indicators/g_iqi_erwartungswerte_indikatorarten_bundesreferenzwerte_faq/

Transparenz zeigen

Die Ergebnisse der Analysen stellen die Johanniter nach innen und außen transparent dar. Patienten wie Mitarbeiter und Interessierte haben die Möglichkeit, die Daten im Internet einsehen: <http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/>

Peer Reviews durchführen

Für den Fall, dass nicht alle medizinischen Ziele erreicht werden, analysieren intern Johanniter-Chefärzte sowie extern unbeteiligte Chefärzte anderer Krankenhausträger ("Peers") diese ausgewählten "auffälligen" Patientenakten. Sie haben die Aufgabe, Gründe für statistischen Abweichungen von den vorgenannten Indikatoren (**G-IQI**) zu finden und konkrete Verbesserungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Die Verantwortung für die Patienten verpflichtet die Johanniter, mögliche verbesserungsfähige Prozesse herauszufinden oder aber nicht beeinflussbare Bedingungen zu erkennen und speziell dafür alternative Lösungsansätze zu entwickeln (z.B. in der Palliativ-Medizin).

Initiative Qualitätsmedizin

Die Johanniter-Krankenhäuser sind Gründungsmitglied der 2009 ins Leben gerufenen Initiative Qualitätsmedizin (IQM). IQM ist eine trägerübergreifende Initiative von Krankenhäusern aus Deutschland, Österreich und der Schweiz. Alle teilnehmenden Krankenhäuser verpflichten sich zu einem transparenten Umgang mit Qualitätsindikatoren, auch und gerade im Sinne eines Risikomanagements. Sie stehen für eine daraus abgeleitete aktive Verbesserung der medizinischen Behandlungsqualität zum Wohl der Patienten. Deshalb messen alle IQM-Mitgliedshäuser in Deutschland, der Schweiz und Österreich regelmäßig ihre medizinische Ergebnisqualität für relevante Krankheitsbilder und Behandlungsverfahren. Die Messergebnisse basieren derzeit zum überwiegenden Teil auf Routinedaten, die von den Krankenkassen und allen anderen Partnern im Gesundheitswesen anerkannt sind.

Qualitätsbericht 2018

Mit der regelmäßigen Veröffentlichung ihrer Qualitätsindikatoren, auch der auffälligen Werte, signalisieren die IQM-Mitglieder ihren Patienten sowie der breiteren Öffentlichkeit ihre Bereitschaft zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung.

Mehr Informationen unter: <http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/>

Die stationären Einrichtungen



- Sitz der Johanniter GmbH, Johanniter Seniorenhäuser GmbH, Johanniter Competence Center GmbH, Johanniter Service Gesellschaft mbH, CEBONA GmbH 
 - Krankenhäuser 
 - Fach- und Rehabilitationskliniken 
 - Seniorenhäuser 
 - Hospize 
 - ab 01.01.2019 
 - ab 2019 
 - ab Herbst 2019 in Hermaringen 
- Stand: 31.12.2018