

2018

Strukturierter Qualitätsbericht

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

Johanniter-Krankenhaus Gronau GmbH



**DIE
JOHANNITER** 
Aus Liebe zum Leben

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	8
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	9
A-8.1 Forschung und akademische Lehre	9
A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen	9
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	10
A-10 Gesamtfallzahlen	10
A-11 Personal des Krankenhauses	10
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen	10
A-11.2 Pflegepersonal	11
A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	13
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal	13
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	15
A-12.1 Qualitätsmanagement	15
A-12.2 Klinisches Risikomanagement	15
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	18
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	23
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	24
A-13 Besondere apparative Ausstattung	26
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	27
B-[1] Innere Medizin	27
B-[1].1 Name	27

Qualitätsbericht 2018

B-[1].1.1	Fachabteilungsschlüssel	27
B-[1].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	27
B-[1].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	28
B-[1].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	28
B-[1].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	28
B-[1].5	Fallzahlen der Fachabteilung "Innere Medizin"	28
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD	28
B-[1].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	28
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	29
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	29
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	29
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	29
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	30
B-[1].11	Personelle Ausstattung	30
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen	30
B-[1].11.2	Pflegepersonal	31
B-[2]	Innere Medizin/Geriatrie	33
B-[2].1	Name	33
B-[2].1.1	Fachabteilungsschlüssel	33
B-[2].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	33
B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	33
B-[2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	34
B-[2].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	35
B-[2].5	Fallzahlen der Fachabteilung "Innere Medizin/Geriatrie"	35
B-[2].6	Hauptdiagnosen nach ICD	35
B-[2].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	35
B-[2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	35
B-[2].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	35
B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	36
B-[2].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	36
B-[2].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	36
B-[2].11	Personelle Ausstattung	36
B-[2].11.1	Ärzte und Ärztinnen	36

Qualitätsbericht 2018

B-[2].11.2	Pflegepersonal	37
B-[3]	Unfallchirurgie und Chirurgische Orthopädie	39
B-[3].1	Name	39
B-[3].1.1	Fachabteilungsschlüssel	39
B-[3].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	39
B-[3].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	39
B-[3].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	39
B-[3].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	40
B-[3].5	Fallzahlen der Fachabteilung "Unfallchirurgie und Chirurgische Orthopädie"	40
B-[3].6	Hauptdiagnosen nach ICD	41
B-[3].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	41
B-[3].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	41
B-[3].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	41
B-[3].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	42
B-[3].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	42
B-[3].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	42
B-[3].11	Personelle Ausstattung	43
B-[3].11.1	Ärzte und Ärztinnen	43
B-[3].11.2	Pflegepersonal	44
B-[4]	Allgemein- und Visceralchirurgie	46
B-[4].1	Name	46
B-[4].1.1	Fachabteilungsschlüssel	46
B-[4].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	46
B-[4].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	46
B-[4].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	46
B-[4].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	47
B-[4].5	Fallzahlen der Fachabteilung "Allgemein- und Visceralchirurgie"	47
B-[4].6	Hauptdiagnosen nach ICD	47
B-[4].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	47
B-[4].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	48
B-[4].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	48
B-[4].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	48
B-[4].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	48

Qualitätsbericht 2018

B-[4].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	48
B-[4].11	Personelle Ausstattung	49
B-[4].11.1	Ärzte und Ärztinnen	49
B-[4].11.2	Pflegepersonal	50
B-[5]	Anästhesie und Operative Intensivmedizin	52
B-[5].1	Name	52
B-[5].1.1	Fachabteilungsschlüssel	52
B-[5].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	52
B-[5].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	52
B-[5].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	52
B-[5].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	53
B-[5].5	Fallzahlen der Fachabteilung "Anästhesie und Operative Intensivmedizin"	53
B-[5].6	Hauptdiagnosen nach ICD	53
B-[5].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	53
B-[5].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	53
B-[5].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	53
B-[5].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	53
B-[5].11	Personelle Ausstattung	54
B-[5].11.1	Ärzte und Ärztinnen	54
B-[5].11.2	Pflegepersonal	55
B-[6]	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	56
B-[6].1	Name	56
B-[6].1.1	Fachabteilungsschlüssel	56
B-[6].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	56
B-[6].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	56
B-[6].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	56
B-[6].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	57
B-[6].5	Fallzahlen der Fachabteilung "Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde"	57
B-[6].6	Hauptdiagnosen nach ICD	57
B-[6].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	57
B-[6].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	57
B-[6].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	57
B-[6].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	57

Qualitätsbericht 2018

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]	Laserchirurgie	59
B-[7].1	Name	59
B-[7].1.1	Fachabteilungsschlüssel	59
B-[7].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	59
B-[7].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	60
B-[7].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	60
B-[7].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	60
B-[7].5	Fallzahlen der Fachabteilung "Laserchirurgie"	60
B-[7].6	Hauptdiagnosen nach ICD	60
B-[7].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	60
B-[7].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	60
B-[7].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	60
B-[7].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	61
B-[7].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	61
B-[7].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	61
B-[7].11	Personelle Ausstattung	61
B-[7].11.1	Ärzte und Ärztinnen	61
B-[7].11.2	Pflegepersonal	61
C	Qualitätssicherung	63
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	63
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	63
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung	64
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	94
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	94
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	94
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr	94

Qualitätsbericht 2018

C-5.1	Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind	94
C-5.2	Leistungsbereiche, für die im Prognosejahr gemäß Mindestmengenregelungen Mindestmengen erbracht werden sollen	95
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	95
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	95
D	Qualitätsmanagement	96

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 Krankenpflegesschulen 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

Liebe Leserinnen und Leser unseres Qualitätsberichtes,

das Johanniter-Krankenhaus in Gronau/Leine ist ein modernes und serviceorientiertes Krankenhaus der Akut- und Regelversorgung mit 117 Betten und gehört zu dem Unternehmensverbund der Johanniter GmbH. Es versorgt rund 5000 Patienten stationär und ca. 8000 Patienten ambulant in den Fachabteilungen Innere Medizin, Altersmedizin-Geriatrie, Allgemein Chirurgie, Unfallchirurgie / Orthopädie, Anästhesie, Radiologie mit CT, Intensivmedizin, einer chirurgischen Belegabteilung und einer HNO-Belegabteilung. Angeschlossen sind ein ambulantes Operationszentrum, ein Therapiezentrum (physiotherapeutische Behandlungen), das Johanniter MVZ Gronau und andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung .

Die Grund- und Regelversorgung der Bevölkerung wird auf einem hohen medizinischen Niveau sicher gestellt. Eine schnelle Notfallversorgung kann durch eine 24 Stunden besetzte Zentrale Notaufnahme, eine moderne gut ausgestattete Intensivstation und die am Krankenhaus stationierte Rettungswache gewährleistet werden.

Das Johanniter-Krankenhaus Gronau fühlt sich über den gesetzlichen Auftrag hinaus verpflichtet, für die Menschen in der Region medizinische Dienstleistungen in Diagnostik, Therapie, Pflege und allgemeinem Service zu erbringen. Dieses erfolgt wirtschaftlich und in hoher Qualität nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse, um den Wünschen bzw. Erfordernissen der Patienten, Besucher, Gäste und Kunden gerecht zu werden.

Ein Schwerpunkt des Johanniter-Krankenhauses Gronau ist die Endoprothetik. Im Jahr 2015 ist die Erst-Zertifizierung als Endoprothetikzentrum erfolgreich durchgeführt worden. Mit der Rezertifizierung in 2018 und den jährlichen Überwachungsaudits wird die Einhaltung der Behandlungsleitlinien der Fachgesellschaften für Orthopädie und Unfallchirurgie bestätigt. Darüber hinaus beteiligt sich das Johanniter-Krankenhaus Gronau am Endoprothesenregister Deutschland. Beides zusammen sowie die Verwendung von Produkten international anerkannter und zertifizierter Prothesenhersteller garantiert eine langfristig hohe Qualität und Sicherheit in unserem Endoprothetikzentrum.

In Kooperation mit der Agaplesion Ev. Gesundheitsakademie Weserbergland in Bad Pyrmont bietet das Johanniter-Krankenhaus Gronau 30 Ausbildungsplätze in der Gesundheits- und Krankenpflege an.

Der Förderverein des Johanniter-Krankenhauses Gronau zeigt in seiner stetig wachsenden Mitgliederzahl den großen Zuspruch der Bevölkerung.

Zur Krankenhausleitung gehören neben den Geschäftsführern die Prokuristin, der Ärztliche Direktor, der Kaufmännische Direktor und die Pflegedirektorin:

Geschäftsführer

Martin Kruse

Dr. Martin Windmann (bis November 2017)

Telefon: (05182) 5830

Fax: (05182) 583-112

E-Mail: martin.kruse@johanniter-gmbh.de

Qualitätsbericht 2018

Prokuristin:

Bärbel König
Telefon: (05182)583-164
Fax: (05182)583-112
E-Mail: baerbel.koenig@johanniter-gronau.de

Ärztlicher Direktor

Dr. med. Holger Duwald
Telefon: (05182) 583-130
Fax: (05182) 583-137
E-Mail: holger.duwald@johanniter-gronau.de

Kaufmännischer Direktor

Jens Siedentop
Telefon: (05182)583-107
Fax: (05182)583-112
E-Mail: jens.siedentop@johanniter-gronau.de

Pflegedirektorin

Martina Theuner
Telefon: (05182)583-221
Fax: (05182)583-112
E-Mail: martina.theuner@johanniter-gronau.de

Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Martin Kruse, Geschäftsführer
Telefon:	05182 5830
Fax:	05182 583112
E-Mail:	martin.kruse@johanniter-gmbh.de

Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Elke Tafel, QMB
Telefon:	05182 583 7050
Fax:	05182 583 112
E-Mail:	Elke.Tafel@johanniter-gronau.de

Links:

Link zur Homepage des Krankenhauses:	https://www.johanniter-gronau.de
--------------------------------------	---

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Johanniter-Krankenhaus Gronau GmbH
PLZ:	31028
Ort:	Gronau
Straße:	Johanniterstraße
Hausnummer:	1-3
IK-Nummer:	260320303
Standort-Nummer:	00
Krankenhaus-URL:	http://www.johanniter-gronau.de

A-1.1 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Bärbel König, Prokuristin
Telefon:	05182 583 164
Fax:	05182 583 112
E-Mail:	Baerbel.Koenig@johanniter-gronau.de

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Dr. med. Holger Duwald, Ärztlicher Direktor
Telefon:	05182 583 130
Fax:	05182 583 137
E-Mail:	Holger.Duwald@johanniter-gronau.de

Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Martina Theuner, Pflegedirektorin
Telefon:	05182 583 221
Fax:	05182 583 112
E-Mail:	Martina.Theuner@johanniter-gronau.de

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Jens Siedentop, Kaufmännischer Direktor
Telefon:	05182 583 107
Fax:	05182 583 112
E-Mail:	Jens.Siedentop@johanniter-gronau.de

Qualitätsbericht 2018

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers:	Johanniter-Krankenhaus Gronau GmbH
Träger-Art:	freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Trifft nicht zu

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

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

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	
1	Basale Stimulation <i>Regelmäßige Schulungen und Feedback - Veranstaltungen sorgen dafür, dass die Inhalte der Basalen Stimulation umgesetzt werden.</i>
2	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen <i>Die Betreuung von Diabetespacienten wird von einer Diabetesberaterin (DDG) durchgeführt. Im Vordergrund steht die Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung im Rahmen der Erkrankung.</i>
3	Diät- und Ernährungsberatung <i>Im Bedarfsfall wird eine Diät- oder Ernährungsberatung durch eine Diätassistentin organisiert.</i>
4	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege <i>Das Entlassmanagement hilft unseren Pacienten und ihren Angehörigen beim Übergang (Entlassung) vom Krankenhaus zur ambulanten Pflege oder Pflegeheimversorgung.</i>
5	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege <i>Case Management ist der methodische Ansatz, die Aufgaben und Abläufe aller in der Pacientenversorgung tätigen Professionen zu koordinieren mit dem Ziel, die Leistungserbringung möglichst effizient und effektiv zu gestalten.</i>
6	Kinästhetik <i>Kinästhetik bedeutet "Bewegungswahrnehmung" und hilft andere Menschen gezielt in ihrer Bewegung zu unterstützen. Eine Kinästhetik-Trainerin ist fest am Haus angestellt. Sie führt Schulungen für die Mitarbeiter durch und wird im Bedarfsfall bei schwierig zu mobilisierenden Pacienten angefordert.</i>
7	Wundmanagement <i>Eine hauptamtliche Wundmanagerin und zertifizierte Wundmanager auf den Stationen sind im Krankenhaus beschäftigt. Sie sind Mitglieder des Qualitätszirkels Wundmanagement, der sich einmal im Monat trifft.</i>
8	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege <i>Die Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen/ambulanter Pflege und Kurzzeitpflege wird durch die Mitarbeiterinnen des Entlassungsmanagements gewährleistet.</i>
9	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik

Qualitätsbericht 2018

Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	
	<i>Die Versorgung mit Hilfsmitteln wird in Zusammenarbeit mit Sanitätshäusern sichergestellt.</i>
10	Traditionelle Chinesische Medizin <i>Auf dem Krankenhausgelände ist eine Praxis für Traditionelle Chinesische Medizin ansässig.</i>
11	Akupunktur <i>Die auf dem Krankenhausgelände ansässige Praxis für TCM bietet Akupunktur an.</i>
12	Stomatherapie/-beratung <i>Der Kontakt zu Stomatherapeuten wird durch die Mitarbeiter des Entlassungsmanagements hergestellt.</i>
13	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie <i>Die Logopädie wird durch die Kooperation mit einer niedergelassenen Logopädin gewährleistet.</i>
14	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare <i>Die Angehörigenbetreuung und -beratung erfolgt durch die Case Managerin und die Mitarbeiterin in der Pflegeüberleitung. Bei Bedarf werden Seminare vermittelt.</i>
15	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit <i>In Zusammenarbeit mit den Weight Watchers(R) und der Physiotherapie werden Informationsveranstaltungen und Kurse angeboten. Auf regionalen Messen, bei Vorträgen und in der kostenlosen hauseigenen Zeitung (quartalsweise) werden Informationen für die Öffentlichkeit angeboten.</i>
16	Atemgymnastik/-therapie
17	Sporttherapie/Bewegungstherapie
18	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) <i>Therapie und Pflege zur Überwindung körperlicher Beeinträchtigungen bei Hirnfunktionsstörungen.</i>
19	Fußreflexzonenmassage
20	Manuelle Lymphdrainage <i>Ödem- und Entstauungstherapie geschwollener Körperregionen wie Körperstamm, Beine und Arme.</i>
21	Massage
22	Physikalische Therapie/Bädertherapie <i>Physikalische Therapie fasst medizinische Behandlungsformen zusammen, die auf physikalischen Methoden beruhen. Zu diesen Prinzipien zählen Wärme, Gleichstrom, Infrarot- und UV-Licht, Wasseranwendungen und mechanische Behandlungen wie z.B. Massage.</i>
23	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
24	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
25	Spezielle Entspannungstherapie <i>Entspannungstherapie nach Jacobsen wird in der physikalischen Therapie angeboten. Eine externe Yoga - Trainerin bietet regelmäßig Yoga - Kurse an.</i>
26	Wärme- und Kälteanwendungen <i>Fango, Heißluft, Eis</i>
27	Ergotherapie/Arbeitstherapie <i>Die Ergotherapie wird in Zusammenarbeit mit einer niedergelassenen Praxis erbracht.</i>
28	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF) <i>Stimulierung der Druck- und Dehnungsrezeptoren der Muskeln, aber auch Sehnen, Gelenkkapseln und Bindegewebe zur Förderung der Mobilität, der motorischen Kontrolle, der Dynamik, Ausdauer, Kraft und der Koordination und Geschicklichkeit.</i>
29	Medizinische Fußpflege

Qualitätsbericht 2018

Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	
	<i>Im Krankenhaus befindet sich eine Praxis für med. Fußpflege</i>
30	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie <i>Auf dem Krankenhausgelände ist eine Praxis für Osteopathie ansässig.</i>
31	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
32	Schmerztherapie/-management
33	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen <i>Der Kontakt zu Selbsthilfegruppen wird b. Bed. durch die Case Managerin oder die Pflegeüberleitung hergestellt.</i>
34	Sozialdienst <i>Der Sozialdienst wird durch geschulte Mitarbeiter des Johanniter-Krankenhauses gewährleistet. Für spezielle Fragestellungen besteht eine Kooperation mit "Salze-Klinik" in Bad Salzdetfurth.</i>
35	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
36	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen <i>Die Pflegeüberleitung und die Case Managerin führen im Bedarfsfall spezielle Anleitungen und Beratungen durch, z.B. zur Sturzprophylaxe, Dekubitusprophylaxe, Versorgungsformen.</i>
37	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot <i>In der Geriatrie sind Experten für Gerontopsychiatrie beschäftigt.</i>
38	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining <i>Wird durch die Ergotherapeuten der niedergelassenen Praxis durchgeführt.</i>

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Leistungsangebot	
1	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>Es stehen 9 Ein-Bett-Zimmer mit Nasszelle als Wahlleistung zur Verfügung</i>
2	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>Es stehen 17 Zwei-Bett-Zimmer mit Nasszelle als Wahlleistung zur Verfügung.</i>
3	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer <i>Kosten pro Tag: 3,5 €</i> <i>Tablets am Bett ersetzen die TV-Geräte. Leihgeräte sind auf den Stationen vorhanden. Im Preis incl. sind eine Internetflat und eine Telefonflat. Bei Wahlleistungspatienten sind die Kosten im Wahlleistungsvertrag enthalten.</i>
4	Telefon am Bett <i>Kosten pro Tag: 0 €</i> <i>Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0 €</i> <i>Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0 €</i> <i>siehe unter 3. Fernsehgerät</i>
5	Internetanschluss am Bett/im Zimmer <i>Kosten pro Tag: 0 €</i> <i>siehe unter 3. Fernsehgerät</i>
6	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer <i>In einem Großteil der Patientenzimmer steht ein Wertfach zur Verfügung</i>

Qualitätsbericht 2018

Leistungsangebot	
7	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen <i>Max. Kosten pro Stunde: 0 € Max. Kosten pro Tag: 0 €</i>
8	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) <i>Eine Unterbringung ist grundsätzlich möglich. Die Kapazität muss mit den Mitarbeitern besprochen werden.</i>
9	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum <i>Stehen auf allen Stationen zur Verfügung</i>
10	Hotelleistungen <i>Bei Bedarf und Möglichkeit können Hotelleistungen mit Kosten von € 45,00 in Anspruch genommen werden.</i>
11	Seelsorge <i>Der Seelsorger des Krankenhauses bietet jeden Freitag eine Andacht an. Für Gespräche steht er nach Absprache zur Verfügung.</i>
12	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität) <i>Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten: Vegetarisch, ohne Schweinefleisch, kosher, vegan Die Essenbestellung wird täglich individuell für jeden Patienten aufgenommen.</i>
13	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen <i>Für die Öffentlichkeit finden Vorträge zu unterschiedlichen Themen statt (Bsp.-Inhalte: Endoprothetik, Betreuung, Demenz, chirurgische und internistische Erkrankungen etc.).</i>

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Aspekte der Barrierefreiheit	
1	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
2	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
3	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
4	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
5	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung
6	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
7	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
8	Diätetische Angebote
9	Arbeit mit Piktogrammen
10	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
11	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung <i>Im Haus sind mehrere speziell geschulte Mitarbeiter in der Pflege mit der Zusatzausbildung "Demenzbeauftragter" beschäftigt.</i>
12	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)

Qualitätsbericht 2018

Aspekte der Barrierefreiheit	
13	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
14	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
15	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Trifft nicht zu / entfällt

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Ausbildungen in anderen Heilberufen	
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin <i>30 Ausbildungsplätze stehen zur Verfügung</i>

Die seit 59 Jahren bestehende Krankenpflegeschule hat bislang ca. 585 jungen Menschen eine Ausbildung zur Krankenschwester, zum Krankenpfleger bzw. zum Gesundheits- und Krankenpfleger und zur Gesundheits- und Krankenpflegerin ermöglicht.

Die Krankenpflegeschule vermittelt eine **fundierte Ausbildung**, bei der es nicht nur um routinierte "Handreichungen", sondern um **ziegerichtete Pflege** und einem **von Wertschätzung geprägten Umgang mit den Patienten** geht. Die Pflegenden haben es sich zur Aufgabe gemacht, **eine persönliche Beziehungsebene** zum Patienten aufzubauen und ihn in seiner belastenden Situation zu unterstützen.

Die dreijährig staatlich anerkannte Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin/ zum Gesundheits- und Krankenpfleger erfolgt auf der Grundlage des Krankenpflegegesetzes und eines christlichen Curriculums ("Pflegen können").

Die praktische Ausbildung enthält im ersten Jahr Praxisphasen in den verschiedenen Abteilungen des Johanniter-Krankenhauses Gronau.

Im zweiten Jahr enthält die Ausbildung zusätzliche Praxisphasen in der Psychiatrie, in der Ambulanten Krankenpflege, im Nachtdienst, in der Pädiatrie und der Rehabilitation.

Das dritte Ausbildungsjahr bietet neben den Praxisphasen auch die Gelegenheit zu einem Spezialeinsatz, z.B. in der Intensivstation oder der Operationsabteilung.

Die Begleitung in der praktischen Ausbildung erfolgt durch pädagogisch qualifizierte Praxisanleiterinnen und -anleiter.

Die theoretische Ausbildung findet an der Agaplesion Ev. Gesundheitsakademie Weserbergland in Bad Pyrmont statt. Träger der Zentralschule ist das Agaplesion Evangelisches Bathildis Krankenhaus GmbH im Verbund. Das Johanniter-Krankenhaus Gronau ist Kooperationspartner. Schulleitung ist Frau Heike Spohrs, Lehrerin für Pflegeberufe.

Die Ausbildung umfasst 2100 Theoriestunden, die im Blockunterricht organisiert sind. Grundlage bietet das Curriculum (Lehrplan), das auf einem christlichen Menschenbild basiert. Die Unterrichtsinhalte bieten ein fächerübergreifendes Angebot. In den Unterrichtsmethoden gibt es eine Auswahl nach pädagogischen Gesichtspunkten zur

Qualitätsbericht 2018

Förderung des eigenständigen Lernens. Um Theorie und Praxis zu verzahnen, fördert das Curriculum für die Praxis die Umsetzung des Gelernten in konkreten Praxissituationen.

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten:	111
----------------	-----

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	5047
Teilstationäre Fallzahl:	0
Ambulante Fallzahl:	8281

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 29,24 Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 29,24 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 2,00 **Stationär:** 27,24

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 15,19

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 15,19 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 1,00 **Stationär:** 14,19

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl in Personen: 3

Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Gesamt: 0,00

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

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 0,00

Qualitätsbericht 2018

- davon Fachärzte und Fachärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Gesamt: 0,00

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: 67,65

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

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

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt: 0,00

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

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

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

Gesamt: 0,50

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

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

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt: 0,00

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

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

Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 2,00

Qualitätsbericht 2018

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

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

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt: 0,00

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

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

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 5,52

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

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

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt: 0,00

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

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

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

Gesamt: 8,25

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

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

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt: 0,00

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

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

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 5,25

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

Qualitätsbericht 2018

Versorgungsform:	Ambulant:	<input type="text" value="1,00"/>	Stationär:	<input type="text" value="4,25"/>
Ohne Fachabteilungszuordnung:				
Gesamt:		0,00		
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-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Trifft nicht zu / entfällt

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Ergotherapeut und Ergotherapeutin

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

Logopäde und Logopädin/ Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin

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

Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin

Gesamt:		1,75		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	<input type="text" value="1,75"/>	Ohne:	<input type="text" value="0,00"/>
Versorgungsform:	Ambulant:	<input type="text" value="0,88"/>	Stationär:	<input type="text" value="0,87"/>

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

Gesamt:		6,10		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	<input type="text" value="6,10"/>	Ohne:	<input type="text" value="0,00"/>
Versorgungsform:	Ambulant:	<input type="text" value="0,00"/>	Stationär:	<input type="text" value="6,10"/>

Qualitätsbericht 2018

Physiotherapeut und Physiotherapeutin

Gesamt: 9,10

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

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

Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Gesamt: 3,00

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

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

Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Gesamt: 5,50

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

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

Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik

Gesamt: 0,75

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:	Martin Kruse, Geschäftsführer
Telefon:	05182 583 188
Fax:	05182 583 112
E-Mail:	martin.kruse@johanniter-gmbh.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:	Krankenhausleitung: Geschäftsführung, Pflegedienst, Ärztlicher Dienst, Verwaltung
Tagungsfrequenz des Gremiums:	monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

Das Risikomanagement ist seit Jahren implementiert und wird kontinuierlich evaluiert und angepasst.

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 – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement
--	--

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: "Johanniter GmbH Unternehmenshandbuch - Sektion Medizin/Pflege" sowie QM-Handbuch Gronau Letzte Aktualisierung: 06.10.2017</i>
2	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	Klinisches Notfallmanagement <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
4	Schmerzmanagement <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
5	Sturzprophylaxe <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
6	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
7	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
8	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
9	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
10	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
11	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
12	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
13	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
15	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
16	Entlassungsmanagement <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
17	Mitarbeiterbefragungen

Qualitätsbericht 2018

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

<input type="checkbox"/>	Tumorkonferenzen
<input checked="" type="checkbox"/>	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
<input type="checkbox"/>	Pathologiebesprechungen
<input type="checkbox"/>	Palliativbesprechungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Qualitätszirkel
<input checked="" type="checkbox"/>	Andere: Dienstbesprechungen, Stationsleitungsbesprechungen, OP - Besprechungen, Chefarztkonferenzen

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Ein einrichtungsinternes Fehlermeldesystems ist eingeführt. Die Dokumentation dazu ist erstellt und eine Gruppe die sich mit den Auswertungen beschäftigt ist eingeführt. Die Schulung der Mitarbeiter wird 2016 durchgeführt.

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

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems:

Instrument bzw. Maßnahme	
1	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor <i>Letzte Aktualisierung: 12.12.2018</i>
2	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem <i>Intervall: quartalsweise</i>
3	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen <i>Intervall: quartalsweise</i>

Details:

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	bei Bedarf
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:	Aktualisierung der Einarbeitungscheckliste, Standardisierung von Arbeitsabläufen, Erörterung in den entsprechenden Konferenzen, Patientenidentifikationsbänder, Revision in der Patienten-Aufnahme (Aufnahmebefunde incl. Screening, Triage-System etc.) und -Entlassung (Medikamentenliste etc.), Schulung Mitarbeiter (ZNA etc.)

Qualitätsbericht 2018

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):

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

Genutzte Systeme:

Bezeichnung	
1	CIRS Berlin (Ärzttekammer Berlin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse:

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

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Personal	Anzahl
Krankenhaustygieniker und Krankenhaustygienikerinnen	1 ¹⁾
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	2
Hygienefachkräfte (HFK)	1 ²⁾
Hygienebeauftragte in der Pflege	6 ³⁾

¹⁾ In Kooperation mit dem MVZ wagnerstibbe für Laboratoriumsmedizin und Pathologie GmbH.

²⁾ Die Fachkraft für Hygiene wird von der Fa. Hygiene mit Sicherheit gestellt.

³⁾ Die Stationsleitungen sind als Hygienebeauftragte Pflegekräfte beauftragt. Sie werden viermal im Jahr in Sitzungen geschult.

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet?	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission:	quartalsweise

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	Ärztlicher Direktor Herr Dr. Holger Duwald, Vorsitzender
Telefon:	05182 583130

Qualitätsbericht 2018

Fax:	05182 583137
E-Mail:	Holger.Duwald@johanniter-gronau.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
----------	----

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
----------	----

Qualitätsbericht 2018

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	Standortsspezifische 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

Standortsspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor:

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

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

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

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

Die standardisierte Antibiotikaphylaxe 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
----------	----

Qualitätsbericht 2018

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortsspezifischer 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
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 Allgemeinstationen erhoben:	Ja
---	----

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag):	26
--	----

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

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag):	100
---	-----

Qualitätsbericht 2018

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

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 an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen <i>Name: MRSA - Plus Netzwerk Landkreis Hildesheim MRSA - Netzwerk Hannover</i>

Qualitätsbericht 2018

Instrument bzw. Maßnahme	
2	Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH) <i>Details: Teilnahme (ohne Zertifikat)</i>
3	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen
4	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
2	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	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	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Martina Theuner, Pflegedirektorin
Telefon:	05182 583 221
Fax:	05182 583 112

Qualitätsbericht 2018

E-Mail:	Martina.Theuner@johanniter-gronau.de
---------	--------------------------------------

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Joachim von Blanckenburg, Patientenfürsprecher
Telefon:	05182 583 435
Fax:	
E-Mail:	patientenfuersprecher@johanniter-gronau.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 – entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement
---	---

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker:	2
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal:	0
Erläuterungen:	Im Rahmen der Kooperation mit der Zentralapotheke des St. Bernward-Krankenhauses sind vom Zugang zu einer Arzneimittel-Wissensdatenbank über die Nutzung von QM-Dokumenten bis zu regelmäßigen Kontrollen im Haus alle erforderlichen Arzneimittel-betreffenden Vorgänge geregelt und gewährleistet.

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Instrument bzw. Maßnahme	
1	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
2	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
3	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
4	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

Qualitätsbericht 2018

Instrument bzw. Maßnahme	
5	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
6	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

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 checked="" type="checkbox"/>	Sonstiges

Zu AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln:

<input type="checkbox"/>	Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)
<input type="checkbox"/>	Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z.B. Unit-Dose-System)
<input checked="" type="checkbox"/>	Sonstiges: St. Bernward Krankenhaus Programm Moby Dick IFAP

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern:

<input checked="" type="checkbox"/>	Fallbesprechungen
<input type="checkbox"/>	Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Aushändigung des Medikationsplans
<input checked="" type="checkbox"/>	bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

Qualitätsbericht 2018

<input type="checkbox"/>	Sonstiges
--------------------------	-----------

A-13 Besondere apparative Ausstattung

	Apparative Ausstattung	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar
1	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja
2	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	
3	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Nein
	<i>In Kooperation mit einem niedergelassenem Radiologen.</i>		

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Innere Medizin

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung:	Innere Medizin
Straße:	Johanniterstraße
Hausnummer:	1-3
PLZ:	31028
Ort:	Gronau
URL:	http://www.johanniter-gronau.de

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(0100) Innere Medizin

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. med. Holger Duwald, Chefarzt Kardiologie
Telefon:	05182 583130
Fax:	05182 583137
E-Mail:	Innere@johanniter-gronau.de
Adresse:	Johanniterstraße 1-3
PLZ/Ort:	31028 Gronau
URL:	http://www.johanniter-gronau.de

Name/Funktion:	Dr. med. Stephan Winkler, Chefarzt Gastroenterologie
Telefon:	05182 583130
Fax:	05182 583137
E-Mail:	Innere@johanniter-gronau.de
Adresse:	Johanniterstraße 1-3
PLZ/Ort:	31028 Gronau
URL:	http://www.johanniter-gronau.de

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 sonstigen Formen der Herzkrankheit
2	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
3	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
4	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
5	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
6	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
7	Intensivmedizin
8	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
9	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
10	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten

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

Die Aspekte der Barrierefreiheit sind im Kapitel A-7 erläutert.

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

Vollstationäre Fallzahl:	3156
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	E86	Volumenmangel	330
2	I50	Herzinsuffizienz	274
3	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	177
4	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	167
5	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	118
6	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	103
7	J20	Akute Bronchitis	89
8	R07	Hals- und Brustschmerzen	82

Qualitätsbericht 2018

ICD	Bezeichnung	Fallzahl
9	R55 Synkope und Kollaps	71
10	J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	70

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	9-984 Pflegebedürftigkeit	1232
2	8-930 Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	761
3	3-200 Native Computertomographie des Schädels	359
4	1-632 Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	350
5	9-401 Psychosoziale Interventionen	241
6	1-650 Diagnostische Koloskopie	213
7	3-225 Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	212
8	3-222 Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	200
9	3-226 Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	170
10	1-440 Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	167

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Defibrillatoren- und Herzschrittmacherambulanz
2	Notfallambulanz Diagnostik und Therapie von Notfällen in der Inneren Medizin
3	Ambulanz für privat versicherte Patienten Allgemeine internistische Ambulanz Umfangreiches Angebot für nicht invasive, kardiologische Leistungen Nachsorge von Herzschrittmachern, Defibrillatoren und Herzunterstützungssystemen Sonographie, Labordiagnostik, Endoskopie des oberen und unteren Gastrointestinaltraktes

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

OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-650 Diagnostische Koloskopie	327
2	1-444 Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	21
3	5-452 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	15

Qualitätsbericht 2018

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
4	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	< 4
5	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	< 4
6	5-431	Gastrostomie	< 4

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: 8,80 Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	<input type="text" value="8,80"/>	Ohne:	<input type="text" value="0,00"/>
	Ambulant:	<input type="text" value="0,00"/>	Stationär:	<input type="text" value="8,80"/>
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	<input type="text" value="358,6"/>

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 3,00

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	<input type="text" value="3,00"/>	Ohne:	<input type="text" value="0,00"/>
	Ambulant:	<input type="text" value="0,00"/>	Stationär:	<input type="text" value="3,00"/>
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	<input type="text" value="1052,0"/>

B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)

1	Innere Medizin
2	Innere Medizin und Gastroenterologie
3	Innere Medizin und Kardiologie

Qualitätsbericht 2018

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung	
1	Ärztliches Qualitätsmanagement
2	Diabetologie
3	Notfallmedizin

B-[1].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

39,00

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

Gesamt: 21,00

Beschäftigungs-
verhältnis:

Mit:

21,00

Ohne:

0,00

Ambulant:

0,00

Stationär:

21,00

Versorgungsform:

Fälle je
Anzahl:

150,3

Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 2,00

Beschäftigungs-
verhältnis:

Mit:

2,00

Ohne:

0,00

Ambulant:

0,00

Stationär:

2,00

Versorgungsform:

Fälle je
Anzahl:

1578,0

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in
Vollkräften

Gesamt: 2,52

Beschäftigungs-
verhältnis:

Mit:

2,52

Ohne:

0,00

Ambulant:

0,00

Stationär:

2,52

Versorgungsform:

Fälle je
Anzahl:

1252,4

Qualitätsbericht 2018

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

Gesamt: 4,00

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	<input type="text" value="4,00"/>	Ohne:	<input type="text" value="0,00"/>
	Ambulant:	<input type="text" value="0,00"/>	Stationär:	<input type="text" value="4,00"/>
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	<input type="text" value="789,0"/>

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 1,25

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	<input type="text" value="1,25"/>	Ohne:	<input type="text" value="0,00"/>
	Ambulant:	<input type="text" value="0,00"/>	Stationär:	<input type="text" value="1,25"/>
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	<input type="text" value="2524,8"/>

B-[1].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

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

Zusatzqualifikationen

1	Basale Stimulation
2	Kinästhetik
3	Entlassungsmanagement
4	Wundmanagement

B-[2] Innere Medizin/Geriatrie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung:	Innere Medizin/Geriatrie
Straße:	Johanniterstraße
Hausnummer:	1-3
PLZ:	31028
Ort:	Gronau
URL:	http://www.johanniter-gronau.de

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(0100) Innere Medizin

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Lada Karpenko, Chefärztin Geriatrie
Telefon:	05182 583130
Fax:	05182 583137
E-Mail:	Lada.Karpenko@johanniter-gronau.de
Adresse:	Johanniterstraße 1-3
PLZ/Ort:	31028 Gronau
URL:	http://www.johanniter-gronau.de

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	<p>Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen</p> <p><i>Geriatrisches Basisassessment, Geriatrische Komplexbehandlung, Medikamentöse Therapie.</i></p>
2	<p>Geriatrische Frührehabilitation nach Verletzung</p> <p><i>Frührehabilitation nach operativ und/oder konservativ versorgten Frakturen und sonstigen Verletzungen des Bewegungsapparates. Geriatrisches Basisassessment, geriatrische Komplexbehandlung, Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie.</i></p>
3	<p>Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen</p> <p><i>Duplexsonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Arterien, kranielles CT. Laboruntersuchungen. Geriatrisches Basisassessment. Schluckdiagnostik, geriatrische Komplexbehandlung, medikamentöse Therapie, Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie, PEG-Anlage</i></p>
4	<p>Diagnostik und Therapie von Arthropathien</p> <p><i>Geriatrisches Basisassessment, geriatrische Komplexbehandlung. Röntgen, CT, Laboruntersuchungen. Medikamentöse Therapie, Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie.</i></p>
5	<p>Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen</p> <p><i>Geriatrisches Basisassessment, geriatrische Komplexbehandlung, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, CT</i></p>
6	<p>Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen</p> <p><i>Geriatrisches Basisassessment, geriatrische Komplexbehandlung. Ergotherapie, Psychologische und psychosoziale Interventionen, medikamentöse Therapie</i></p>
7	<p>Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems</p> <p><i>Geriatrisches Basisassessment, geriatrische Komplexbehandlung. CT, Laboruntersuchungen. Medikamentöse Therapie, Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie</i></p>
8	<p>Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten</p> <p><i>Diabetes mellitus, Schilddrüsenerkrankungen, Vitaminmangelzustände und Malnutrition bei geriatrischen Patienten. Geriatrisches Basisassessment, geriatrische Komplexbehandlung. Ultraschall, Laboruntersuchungen. Medikamentöse Behandlung. ggf. Sondenernährung und PEG - Anlage</i></p>
9	<p>Diagnostik und Therapie von Herz - Kreislauferkrankungen</p> <p><i>Geriatrisches Basisassessment, geriatrische Komplexbehandlung. Langzeitblutdruckmessung, Echokardiographie, Röntgen, LZ-EKG, TEE, Laboruntersuchungen. Medikamentöse Therapie, Ernährungstherapie, Physikalische Therapie, Physiotherapie, Ergotherapie.</i></p>
10	<p>Geriatrische Frührehabilitation nach großen Bauchoperationen</p> <p><i>Geriatrisches Basisassessment, geriatrische Komplexbehandlung, Ergotherapie, Wundversorgung.</i></p>
11	<p>Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge</p> <p><i>Geriatrisches Basisassessment, Geriatrische Komplexbehandlung. Röntgen, CT, Spirometrie. Medikamentöse Therapie, Physiotherapie (insbesondere Vibrax-Klopfmassage und Inhalationen), Ergotherapie, Schlafapnoescreening.</i></p>
12	<p>Schmerztherapie</p> <p><i>Medikamentöse und nicht - medikamentöse (Physiotherapie, Physikalische Therapie) Schmerztherapie.</i></p>
13	<p>Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen</p> <p><i>Röntgen, CT, Laboruntersuchungen. Geriatrisches Basisassessment, geriatrische Komplexbehandlung. Medikamentöse Therapie, Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie.</i></p>

Qualitätsbericht 2018

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

Die Aspekte der Barrierefreiheit sind im Kapitel A - 7 erläutert.

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

Vollstationäre Fallzahl:	376
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S72	Fraktur des Femurs	67
2	M54	Rückenschmerzen	53
3	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	37
4	R29	Sonstige Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen	35
5	R54	Senilität	23
6	I63	Hirninfarkt	17
7	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	14
8	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	14
9	F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	14
10	M47	Spondylose	13

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	341
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	247
3	9-401	Psychosoziale Interventionen	223
4	3-200	Native Computertomographie des Schädels	87
5	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	45
6	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	42
7	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	37
8	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	35
9	3-206	Native Computertomographie des Beckens	23

Qualitätsbericht 2018

OPS	Bezeichnung	Fallzahl
10 1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	22

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Es werden keine ambulanten Behandlungen durchgeführt.

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

Es werden keine ambulanten Operationen durchgeführt.

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: 2,04 Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	<input type="text" value="2,04"/>	Ohne:	<input type="text" value="0,00"/>
	Ambulant:	<input type="text" value="0,00"/>	Stationär:	<input type="text" value="2,04"/>
Versorgungsform:				Fälle je Anzahl:
				<input type="text" value="184,3"/>

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 2,04

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	<input type="text" value="2,04"/>	Ohne:	<input type="text" value="0,00"/>
	Ambulant:	<input type="text" value="0,00"/>	Stationär:	<input type="text" value="2,04"/>
Versorgungsform:				Fälle je Anzahl:
				<input type="text" value="184,3"/>

Qualitätsbericht 2018

B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung	
1	Geriatric

B-[2].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	
39,00	

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

Gesamt: 17,65

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	17,65	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	17,65
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	21,3

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 1,00

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	1,00	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	1,00
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	376,0

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

Gesamt: 1,68

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	1,68	Ohne:	0,00
---------------------------	-------------	------	--------------	------

Qualitätsbericht 2018

Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	1,68
			Fälle je Anzahl:	223,8

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 1,50

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	1,50	Ohne:	0,00
---------------------------	-------------	------	--------------	------

Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	1,50
			Fälle je Anzahl:	250,7

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 Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie <i>Weiterbildung Gerontopsychiatrie</i>

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

Zusatzqualifikationen	
1	Geriatric <i>Grundlagenlehrgang "Zercur Geriatric"</i>
2	Kinästhetik <i>Eine Mitarbeiterin hat die Qualifikation zur Kinästhetiktrainerin</i>
3	Basale Stimulation
4	Entlassungsmanagement

Qualitätsbericht 2018

B-[3] Unfallchirurgie und Chirurgische Orthopädie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung:	Unfallchirurgie und Chirurgische Orthopädie
Straße:	Johanniterstraße
Hausnummer:	1-3
PLZ:	31028
Ort:	Gronau
URL:	http://www.johanniter-gronau.de

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(1600) Unfallchirurgie

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. med. Gerd Ohntrup, Chefarzt
Telefon:	05182 583151
Fax:	05182 583155
E-Mail:	gerd.ohntrup@johanniter-gronau.de
Adresse:	Johanniterstraße 1-3
PLZ/Ort:	31028 Gronau
URL:	http://www.johanniter-gronau.de

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	Gelenkersatz/Endoprothetik des Hüftgelenks <i>Minimalinvasiver OCM - zugang; modulare Endoprothesenwechsel - OP</i>
2	Gelenkersatz/Endoprothetik des Kniegelenks <i>Oberflächenersatz, mediale Schlittenprothesen, Wechseloperationen</i>

Medizinische Leistungsangebote	
3	Gelenkersatz/Endoprothetik des Schulter- und Ellenbogengelenks <i>Frakturprothetik, Oberarmkopfersatz, Reverse Schulterprothese</i>
4	Bandrekonstruktionen/Plastiken <i>VKB - Ersatz (Semitendinosusplastik), MPFL - Plastik bei rezid. Patellaluxation, Versorgung von Bizepssehnenpathologien</i>
5	Arthroskopische Operationen <i>Rotatorenmanschettendefekte</i>
6	Septische Knochenchirurgie
7	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes <i>Computertomographische Diagnostik, ggf. MRT - Diagnostik</i>
8	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
9	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
10	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
11	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
12	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
13	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
14	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
15	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
16	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
17	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
18	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
19	Spezialsprechstunde
20	Fußchirurgie
21	Handchirurgie
22	Schulterchirurgie
23	Sportmedizin/Sporttraumatologie

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

Die Aspekte der Barrierefreiheit werden im Kapitel A - 7 erläutert.

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

Vollstationäre Fallzahl:	955
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	190
2	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	138
3	S06	Intrakranielle Verletzung	99
4	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	69
5	S52	Fraktur des Unterarmes	43
6	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	41
7	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	36
8	S72	Fraktur des Femurs	33
9	M75	Schulterläsionen	29
10	M19	Sonstige Arthrose	23

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	260
2	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	235
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	164
4	3-200	Native Computertomographie des Schädels	135
5	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	126
6	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	83
7	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	75
8	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	74
9	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	72
10	5-829	Andere gelenkplastische Eingriffe	67

Qualitätsbericht 2018

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Diagnostik und Therapie von Berufsunfällen
	Diagnostik und Therapie von Arbeitsunfällen
2	Knie-, Hüft- und Schulterprothetik
	Endoprothetik
3	Behandlung von sämtlichen unfallchirurgischen Notfällen
	Diagnostik und Therapie von Verletzungen
4	Behandlung von privat versicherten Patienten
	Unfallchirurgische und orthopädische Diagnostik und Therapie

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-697	Diagnostische Arthroskopie	140
2	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	137
3	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	41
4	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	26
5	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	16
6	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	13
7	5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	12
8	5-804	Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat	4
9	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	< 4
10	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	< 4

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

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

Qualitätsbericht 2018

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 8,50 Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	8,50	Ohne:	0,00
	Ambulant:	2,00	Stationär:	6,50
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	146,9

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 4,25

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	4,25	Ohne:	0,00
	Ambulant:	1,00	Stationär:	3,25
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	293,8

B-[3].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunkt Kompetenzen)

1	Allgemeinchirurgie
2	Orthopädie und Unfallchirurgie

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung

1	Notfallmedizin
2	Spezielle Orthopädische Chirurgie
3	Spezielle Unfallchirurgie

Qualitätsbericht 2018

B-[3].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

39,00

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

Gesamt: 14,24

Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	14,24	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	14,24
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	67,1

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

Gesamt: 0,50

Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	0,50	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,50
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	1910,0

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in
Vollkräften

Gesamt: 1,00

Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	1,00	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,50	Stationär:	0,50
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	1910,0

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:	<input type="text" value="0,00"/>	Stationär:	<input type="text" value="1,32"/>
			Fälle je Anzahl:	<input type="text" value="723,5"/>

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) 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="955,0"/>

B-[3].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	Pflege im Operationsdienst

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

Zusatzqualifikationen	
1	Basale Stimulation
2	Entlassungsmanagement
3	Wundmanagement

Qualitätsbericht 2018

B-[4] Allgemein- und Visceralchirurgie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung:	Allgemein- und Visceralchirurgie
Straße:	Johanniterstraße
Hausnummer:	1-3
PLZ:	31028
Ort:	Gronau
URL:	http://www.johanniter-gronau.de

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(1500) Allgemeine Chirurgie
2	(3757) Visceralchirurgie

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dipl.-Med. Stefan Train, Chefarzt
Telefon:	05182 583153
Fax:	05182 583145
E-Mail:	stefan.train@johanniter-gronau.de
Adresse:	Johanniterstraße 1-3
PLZ/Ort:	31028 Gronau
URL:	http://www.johanniter-gronau.de

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
--	--------------------------------------

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

Medizinische Leistungsangebote	
1	Endokrine Chirurgie
2	Magen-Darm-Chirurgie
3	Leber-, Gallenchirurgie

Qualitätsbericht 2018

Medizinische Leistungsangebote	
4	Tumorchirurgie
5	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
6	Minimalinvasive endoskopische Operationen
7	Schrittmachereingriffe
8	Chirurgische Intensivmedizin
9	Portimplantation
10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
11	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
12	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
13	Tracheotomie

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

Die Aspekte der Barrierefreiheit werden im Kapitel A - 7 erläutert.

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

Vollstationäre Fallzahl:	552
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	K80	Cholelithiasis	86
2	K40	Hernia inguinalis	79
3	E04	Sonstige nichttoxische Struma	35
4	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	33
5	K35	Akute Appendizitis	29
6	K57	Divertikulose des Darmes	23
7	K43	Hernia ventralis	22
8	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	22
9	K42	Hernia umbilicalis	20
10	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	19

Qualitätsbericht 2018

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-916	Temporäre Weichteildeckung	140
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	119
3	5-511	Cholezystektomie	99
4	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	82
5	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	78
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	76
7	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	60
8	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	59
9	5-469	Andere Operationen am Darm	58
10	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	44

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Diagnostik und Therapie von notfallmäßigen chirurgischen Erkrankungen
	Chirurgische Notfallbehandlung
2	Diagnostik und Therapie bei privat versicherten chirurgischen Patienten
	Chirurgische Behandlung von privat versicherten Patienten

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	< 4
2	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	< 4
3	5-540	Inzision der Bauchwand	< 4
4	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	< 4

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

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

Qualitätsbericht 2018

B-[4].11 Personelle Ausstattung

B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 3,98 Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	<input type="text" value="3,98"/>	Ohne:	<input type="text" value="0,00"/>
	Ambulant:	<input type="text" value="0,00"/>	Stationär:	<input type="text" value="3,98"/>
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	<input type="text" value="138,7"/>

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 2,00

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	<input type="text" value="2,00"/>	Ohne:	<input type="text" value="0,00"/>
	Ambulant:	<input type="text" value="0,00"/>	Stationär:	<input type="text" value="2,00"/>
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	<input type="text" value="276,0"/>

B-[4].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunkt Kompetenzen)

1	Allgemeinchirurgie
2	Viszeralchirurgie
3	Orthopädie und Unfallchirurgie
	<i>Es liegen die Fachexpertisen zur Unfallchirurgie und zur Chirurgie vor.</i>

B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung

1	Notfallmedizin
---	----------------

Qualitätsbericht 2018

B-[4].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

39,00

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

Gesamt: 10,46

Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	10,46	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	10,46
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	52,8

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in
Vollkräften

Gesamt: 1,00

Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	1,00	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	1,00
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	552,0

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

Gesamt: 1,00

Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	1,00	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	1,00
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	552,0

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0,50

Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	0,50	Ohne:	0,00
--------------------------------	-------------	------	--------------	------

Qualitätsbericht 2018

Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,50
		Fälle je Anzahl: 1104,0

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	Intensiv- und Anästhesiepflege
3	Pflege im Operationsdienst

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

Zusatzqualifikationen	
1	Basale Stimulation
2	Entlassungsmanagement
3	Wundmanagement

Qualitätsbericht 2018

B-[5] Anästhesie und Operative Intensivmedizin

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

Abteilungsart:	Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung:	Anästhesie und Operative Intensivmedizin
Straße:	Johanniterstraße
Hausnummer:	1-3
PLZ:	31028
Ort:	Gronau
URL:	http://www.johanniter-gronau.de

B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(3700) Sonstige Fachabt.

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. med. Waldemar Ramig, Chefarzt
Telefon:	05182 5837041
Fax:	05182 583112
E-Mail:	waldemar.ramig@johanniter-gronau.de
Adresse:	Johanniterstraße 1-3
PLZ/Ort:	31028 Gronau
URL:	http://www.johanniter-gronau.de

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	Regionalanästhesie - Spinalanästhesie - Periduralanästhesie - Plexusanästhesie - Allgemeinanästhesie
2	Chirurgische Intensivmedizin

Qualitätsbericht 2018

Medizinische Leistungsangebote	
3	Beatmung, Kardiopulmonale Reanimation, Intubation, ZVK-Anlage und -Wechsel, PICCO-Monitoring
4	Analgosedierung, akute Schmerztherapie
5	Ambulante Narkosen

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

Die Aspekte der Barrierefreiheit werden im Kapitel A - 7 erläutert.

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu.

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

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: 5,92 Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	5,92	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	5,92
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	0,0

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 3,90

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	3,90	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	3,90
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	0,0

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

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

B-[5].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)

1	Anästhesiologie
---	-----------------

B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung

1	Notfallmedizin
2	Spezielle Schmerztherapie
3	Akupunktur

Qualitätsbericht 2018

B-[5].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

39,00

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

Gesamt: 4,00

Beschäftigungs-
verhältnis:

Mit:

4,00

Ohne:

0,00

Ambulant:

0,00

Stationär:

4,00

Versorgungsform:

Fälle je
Anzahl:

0,0

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

Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse

1 Intensiv- und Anästhesiepflege

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

Zusatzqualifikationen

1 Wundmanagement

Qualitätsbericht 2018

B-[6] Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

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

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung:	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
Straße:	Blanke Straße
Hausnummer:	15
PLZ:	31028
Ort:	Gronau
URL:	http://www.johanniter-gronau.de

B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. med. Ullrich Meinecke, Chefarzt
Telefon:	05182 948630
Fax:	05182 948631
E-Mail:	meinecke@hno-gronau.de
Adresse:	Blanke Straße 15
PLZ/Ort:	31028 Gronau
URL:	http://www.johanniter-gronau.de

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	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Gaumen- bzw. Rachenmandeln
2	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
3	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
4	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres

Qualitätsbericht 2018

Medizinische Leistungsangebote	
5	Schwindeldiagnostik/-therapie

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

Die Aspekte der Barrierefreiheit werden unter Punkt A-7 erläutert.

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

Vollstationäre Fallzahl:	4
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	< 4
2	J38	Krankheiten der Stimmlippen und des Kehlkopfes, anderenorts nicht klassifiziert	< 4

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-282	Tonsillektomie mit Adenotomie	< 4
2	5-300	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx	< 4
3	5-281	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	< 4

B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulante Operationen werden im ambulanten Operationszentrum des Johanniter-Krankenhaus Gronau GmbH durchgeführt.

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

Trifft nicht zu.

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

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

Qualitätsbericht 2018

B-[6].11 Personelle Ausstattung

B-[6].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl in Personen: 1
Fälle je Anzahl: 4,0

B-[6].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)

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

B-[6].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[6].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

39,00

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

Gesamt: 0,20

Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	<input type="text" value="0,20"/>	Ohne:	<input type="text" value="0,00"/>
	Ambulant:	<input type="text" value="0,00"/>	Stationär:	<input type="text" value="0,20"/>
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	<input type="text" value="20,0"/>

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

Gesamt: 0,15

Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	<input type="text" value="0,15"/>	Ohne:	<input type="text" value="0,00"/>
	Ambulant:	<input type="text" value="0,00"/>	Stationär:	<input type="text" value="0,15"/>
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	<input type="text" value="26,7"/>

B-[7] Laserchirurgie

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

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung:	Laserchirurgie
Straße:	Johanniterstraße
Hausnummer:	1-3
PLZ:	31028
Ort:	Gronau
URL:	http://www.johanniter-gronau.de

B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(1500) Allgemeine Chirurgie

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. med. Dietmar Strache, Chefarzt
Telefon:	05182 92150
Fax:	05182 921522
E-Mail:	georg.uhlemann@dgn.de
Adresse:	Johanniterstraße 1-3
PLZ/Ort:	31028 Gronau
URL:	http://www.chirurgische-praxis-gronau.de

Name/Funktion:	Dipl.-Med. Hanns Georg Uhlemann, Chefarzt
Telefon:	05182 92150
Fax:	05182 921522
E-Mail:	georg.uhlemann@dgn.de
Adresse:	Johanniterstraße 1-3
PLZ/Ort:	31028 Gronau
URL:	http://www.chirurgische-praxis-gronau.de

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	Bauchwandhernien
2	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
3	Chirurgie der peripheren Nerven
4	Fußchirurgie
5	Handchirurgie

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

Die Barrierefreiheit wird in Kapitel A - 7 erläutert.

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

Vollstationäre Fallzahl:	4
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[7].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	K40	Hernia inguinalis	< 4
2	M72	Fibromatosen	< 4
3	I95	Hypotonie	< 4

B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	< 4
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	< 4
3	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	< 4

Qualitätsbericht 2018

B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulante Behandlungen und Operationen werden unabhängig vom Johanniter-Krankenhaus Gronau im Johanniter Medizinisches Versorgungszentrum Gronau GmbH erbracht.

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

Trifft nicht zu.

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

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

B-[7].11 Personelle Ausstattung

B-[7].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl in Personen:	2
Fälle je Anzahl:	2,0

B-[7].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	
1	Allgemeinchirurgie

B-[7].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung	
1	Handchirurgie
2	Sportmedizin

B-[7].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

39,00

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

Gesamt: 0,10

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:

0,10

Ohne:

0,00

Qualitätsbericht 2018

Versorgungsform:	Ambulant:	<input type="text" value="0,00"/>	Stationär:	<input type="text" value="0,10"/>
			Fälle je Anzahl:	<input type="text" value="40,0"/>

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

Gesamt: 0,10

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	<input type="text" value="0,10"/>	Ohne:	<input type="text" value="0,00"/>
Versorgungsform:	Ambulant:	<input type="text" value="0,00"/>	Stationär:	<input type="text" value="0,10"/>
			Fälle je Anzahl:	<input type="text" value="40,0"/>

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) 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="1,00"/>	Stationär:	<input type="text" value="0,00"/>
			Fälle je Anzahl:	<input type="text" value="0,0"/>

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)	21	100
2	Herzschrittmacherversorgung Herzschrittmacher- Aggregatwechsel (09/2)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
3	Herzschrittmacherversorgung Herzschrittmacher- Revision/-Systemwechsel/ -Explantation (09/3)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
4	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	44	100
5	Dekubitusprophylaxe (DEK)	131	100
6	Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	242	99,59
7	Hüftendoprothesenversorgung Hüftendoprothesen- Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	226	100,44
8	Hüftendoprothesenversorgung Hüft- Endoprothesenwechsel und Hüftkomponentenwechsel (HEP_WE)	17	105,88
9	Knieendoprothesenversorgung (KEP)	141	100
10	Knieendoprothesenversorgung Knieendoprothesen- Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen (KEP_IMP)	120	100

Qualitätsbericht 2018

	Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate (%)
11	Knieendoprothesenversorgung Knieendoprothesenwechsel und Kniekomponentenwechsel (KEP_WE)	21	100
12	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	298	99,66

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 Gronau GmbH"

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 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	
Kennzahl-ID	2194
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 9,16 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,67 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,98 % - 1,05 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,24
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar / Erläuterung	

Kommentar extern	In den risikoadjustierten Qualitätsindikatoren sind die erwarteten Werte der Krankenhäuser immer größer als 0. Sehr kleine Werte von z.B. 0,001 können aus technischen Gründen nicht dargestellt werden, da nur zwei Nachkommastellen ausgewiesen werden.
------------------	---

2 Verhältnis der beobachteten zu erwarteten Rate (O/E) an Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres

Kennzahl-ID	2195
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Ja
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 113,29 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 5,88 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,93 % - 1,19 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,02
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar / Erläuterung	
Kommentar extern	In den risikoadjustierten Qualitätsindikatoren sind die erwarteten Werte der Krankenhäuser immer größer als 0. Sehr kleine Werte von z.B. 0,001 können aus technischen Gründen nicht dargestellt werden, da nur zwei Nachkommastellen ausgewiesen werden.

3 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen

Kennzahl-ID	51191
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH

Qualitätsbericht 2018

Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 14,28 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,02 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,04 % - 1,17 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,23
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	↻ unverändert
Kommentar / Erläuterung	
Kommentar extern	In den risikoadjustierten Qualitätsindikatoren sind die erwarteten Werte der Krankenhäuser immer größer als 0. Sehr kleine Werte von z.B. 0,001 können aus technischen Gründen nicht dargestellt werden, da nur zwei Nachkommastellen ausgewiesen werden.

4	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	
	Kennzahl-ID	52139
	Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	53,53 % - 87,45 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 60,00 %
	Vertrauensbereich	89,04 % - 89,45 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	17
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	23
	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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

5 Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	
Kennzahl-ID	52305
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	95,13 % - 100 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	95,66 % - 95,81 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	75
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	75
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	↻ unverändert

6 Sondendislokation oder -dysfunktion	
Kennzahl-ID	52311
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,00 %
Vertrauensbereich	1,36 % - 1,53 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)

Qualitätsbericht 2018

Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	↻ unverändert

7	Leitlinienkonforme Systemwahl	
	Kennzahl-ID	54140
	Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
	Vertrauensbereich	84,54 % - 100 %
Bundesergebnis		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	98,46 % - 98,64 %
Fallzahl		
	Beobachtete Ereignisse	21
	Erwartete Ereignisse	-
	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
	Vergleich vorheriges Berichtsjahr	↻ unverändert

8	Systeme 1. Wahl	
	Kennzahl-ID	54141
	Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
	Art des Wertes	Tkez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
	Vertrauensbereich	84,54 % - 100 %
Bundesergebnis		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	96,72 % - 96,98 %
Fallzahl		

Qualitätsbericht 2018

Beobachtete Ereignisse	21
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	21

9 Systeme 2. Wahl	
Kennzahl-ID	54142
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 15,46 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,11 % - 0,16 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	21

10 Systeme 3. Wahl	
Kennzahl-ID	54143
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 15,46 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 10,00 %
Vertrauensbereich	1,48 % - 1,66 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	↻ unverändert

11 Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	
Kennzahl-ID	52307
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	70,09 % - 100 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,02 % - 98,22 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	-
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	↻ unverändert
12 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	
Kennzahl-ID	51404
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwech
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 5,03 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,84 % - 1,11 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	↻ unverändert
Kommentar / Erläuterung	
Kommentar extern	In den risikoadjustierten Qualitätsindikatoren sind die erwarteten Werte der Krankenhäuser immer größer als 0. Sehr kleine Werte von z.B. 0,001 können aus technischen Gründen nicht dargestellt werden, da nur zwei Nachkommastellen ausgewiesen werden.

13 Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden

Kennzahl-ID	52315
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwech
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,00 %
Vertrauensbereich	0,87 % - 1,34 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

14 Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer Hüftgelenknahen Femurfraktur

Kennzahl-ID	54029
Leistungsbereich	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,50 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,18 % - 1,36 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	↻ unverändert
15 Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	
Kennzahl-ID	54030
Leistungsbereich	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	12,84 % - 36,99 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 15,00 %
Vertrauensbereich	13,85 % - 14,4 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	44
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

16 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	
Kennzahl-ID	54033
Leistungsbereich	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,24 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,01 % - 1,05 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	↻ unverändert
17 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Wundhämatomen/ Nachblutungen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur	
Kennzahl-ID	54040
Leistungsbereich	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 7,7 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,28 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,83 % - 0,99 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,46

Qualitätsbericht 2018

Grundgesamtheit	44
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	↻ unverändert
Kommentar / Erläuterung	
Kommentar extern	In den risikoadjustierten Qualitätsindikatoren sind die erwarteten Werte der Krankenhäuser immer größer als 0. Sehr kleine Werte von z.B. 0,001 können aus technischen Gründen nicht dargestellt werden, da nur zwei Nachkommastellen ausgewiesen werden.

18	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	
	Kennzahl-ID	54042
	Leistungsbereich	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0,62 % - 2,29 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,17 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,96 % - 1,01 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	7
	Erwartete Ereignisse	5,65
	Grundgesamtheit	44
	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
	Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
19	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	
	Kennzahl-ID	54046
	Leistungsbereich	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Qualitätsbericht 2018

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,07 (90. Perzentil)
Vertrauensbereich	1 % - 1,07 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	↻ unverändert

20	Sturzprophylaxe	
	Kennzahl-ID	54050
	Leistungsbereich	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	91,62 % - 100 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 85,00 %
	Vertrauensbereich	95,16 % - 95,52 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	42
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	42
	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
	Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

21 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	
Kennzahl-ID	52009
Leistungsbereich	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0,57 % - 1,16 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,31 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,05 % - 1,07 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	30
Erwartete Ereignisse	36,98
Grundgesamtheit	4961
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
22 Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	
Kennzahl-ID	52010
Leistungsbereich	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,01 % - 0,01 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U33 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog/Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig: Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	↻ unverändert
23 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf	
Kennzahl-ID	10271
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,12 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,06 % - 1,14 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
24 Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	
Kennzahl-ID	54001
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	96,32 % - 99,72 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	97,05 % - 97,2 %

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	192
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	194
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	↻ unverändert

25 Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	
Kennzahl-ID	54002
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	67,2 % - 96,9 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 86,00 %
Vertrauensbereich	91,99 % - 92,72 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	16
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	18
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	↻ unverändert

26 Präoperative Verweildauer bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	
Kennzahl-ID	54003
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	10,68 % - 37,75 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1

Qualitätsbericht 2018

Referenzbereich	≤ 15,00 %
Vertrauensbereich	13,48 % - 14,03 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	33
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

27 Sturzprophylaxe

Kennzahl-ID	54004
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	94,21 % - 99,1 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 85,00 %
Vertrauensbereich	95,72 % - 95,9 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	169
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	173
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	↻ unverändert

28 Beweglichkeit bei Entlassung

Kennzahl-ID	54010
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	

Qualitätsbericht 2018

Vertrauensbereich	96,32 % - 99,72 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	98,03 % - 98,16 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	192
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	194

29	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	
	Kennzahl-ID	54012
	Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
	Ergebnis	—
	Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,40 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,98 % - 1,02 %
Fallzahl		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	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
	Vergleich vorheriges Berichtsjahr	↻ unverändert

30	Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit	
	Kennzahl-ID	54013
	Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
	Vertrauensbereich	0 % - 1,78 %
Bundesergebnis		

Qualitätsbericht 2018

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,19 % - 0,23 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	212
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	↻ unverändert

31	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	
	Kennzahl-ID	54016
	Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis	—
	Vertrauensbereich	—
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 5,72 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	1,46 % - 1,57 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	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
	Vergleich vorheriges Berichtsjahr	↻ unverändert

32	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	
	Kennzahl-ID	54017
	Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 15,15 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	5,84 % - 6,54 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	↻ unverändert
33	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Kennzahl-ID	54018
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 11,41 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	4,45 % - 4,79 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	↻ unverändert
34	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Kennzahl-ID	54019

Qualitätsbericht 2018

Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	1,11 % - 5,89 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 7,50 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	2,28 % - 2,42 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	194
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	↻ unverändert

35	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	
	Kennzahl-ID	50481
	Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 15,46 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 10,37 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	2,95 % - 3,55 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	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
	Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

36 Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation	
Kennzahl-ID	54020
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	95,99 % - 100 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	97,75 % - 97,9 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	92
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	92
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	↻ unverändert
37 Indikation zur unikondylären Schlittenprothese	
Kennzahl-ID	54021
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	27,59 % - 62,69 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,17 % - 96,68 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	27
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	↻ unverändert

38 Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	
Kennzahl-ID	54022
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	84,54 % - 100 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 86,00 %
Vertrauensbereich	92,87 % - 93,72 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	21
Erwartete Ereignisse	-
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	↻ unverändert

39 Beweglichkeit bei Entlassung	
Kennzahl-ID	54026
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	95,43 % - 99,85 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	92,79 % - 93,04 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	119
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	120

40 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	
Kennzahl-ID	54028
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 5,81 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,79 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,83 % - 0,95 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,64
Grundgesamtheit	136
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	↻ unverändert
Kommentar / Erläuterung	
Kommentar extern	In den risikoadjustierten Qualitätsindikatoren sind die erwarteten Werte der Krankenhäuser immer größer als 0. Sehr kleine Werte von z.B. 0,001 können aus technischen Gründen nicht dargestellt werden, da nur zwei Nachkommastellen ausgewiesen werden.
41 Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	
Kennzahl-ID	54123
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 5,00 % (95. Perzentil)

Qualitätsbericht 2018

Vertrauensbereich	1,35 % - 1,46 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

42 Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation

Kennzahl-ID	54124
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 3,1 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,89 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1 % - 1,1 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	120
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	↔ unverändert

43 Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

Kennzahl-ID	54125
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis	—
Vertrauensbereich	—

Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 13,33 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	4,25 % - 4,96 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	↻ unverändert

44	Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit	
	Kennzahl-ID	54127
	Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 3,05 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,03 % - 0,05 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	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
	Vergleich vorheriges Berichtsjahr	↻ unverändert

45	Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf	
	Kennzahl-ID	54128
	Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH

Qualitätsbericht 2018

	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Bundesergebnis		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 98,54 % (5. Perzentil)
	Vertrauensbereich	99,76 % - 99,81 %
Fallzahl		
	Beobachtete Ereignisse	164
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	164
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
	Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
46	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	
	Kennzahl-ID	2005
	Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
	Vertrauensbereich	98,72 % - 100 %
Bundesergebnis		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	98,45 % - 98,54 %
Fallzahl		
	Beobachtete Ereignisse	297
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	297
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
	Vergleich vorheriges Berichtsjahr	↻ unverändert
47	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)	
	Kennzahl-ID	2006
	Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
	Art des Wertes	TKez

Qualitätsbericht 2018

Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	98,72 % - 100 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	98,49 % - 98,58 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	297
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	297

48	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)	
	Kennzahl-ID	2007
	Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	96,91 % - 97,56 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-

49	Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)	
	Kennzahl-ID	2009
	Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	91,41 % - 96,97 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	95,01 % - 95,18 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	240

Qualitätsbericht 2018

	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	253
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
	Vergleich vorheriges Berichtsjahr	↻ unverändert
50	Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Index = 1 oder 2)	
	Kennzahl-ID	2013
	Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
	Vertrauensbereich	88,23 % - 96,58 %
Bundesergebnis		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	93,74 % - 93,99 %
Fallzahl		
	Beobachtete Ereignisse	131
	Erwartete Ereignisse	-
	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
	Vergleich vorheriges Berichtsjahr	↻ unverändert
51	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	
	Kennzahl-ID	2028
	Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
	Vertrauensbereich	95,21 % - 99,63 %
Bundesergebnis		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	95,47 % - 95,66 %

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	146
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	148
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	↻ unverändert

52 Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	
Kennzahl-ID	50722
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	95,1 % - 98,83 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	96,42 % - 96,55 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	283
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	290
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	↻ unverändert

53 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	
Kennzahl-ID	50778
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0,62 % - 1,08 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 1,58 (95. Perzentil)

Qualitätsbericht 2018

Vertrauensbereich	1,05 % - 1,07 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	42
Erwartete Ereignisse	51,28
Grundgesamtheit	297
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	↻ unverändert

*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

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

<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

Trifft nicht zu / entfällt

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 252 Kennzahlen zu 50 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_2018
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:	96
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:	96
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	161
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

Trifft nicht zu / entfällt.

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):	16
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	16
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	16

* 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 sowie Labor- und/oder Apotheken-Akkreditierungen etc.

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. http://www.seqmgw.tu-berlin.de/menue/inpatient_quality_indicators/g-qi_bundesreferenzwerte

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