

2018

Strukturierter Qualitätsbericht

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

Johanniter GmbH - Waldkrankenhaus Bonn



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	4
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	5
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	5
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	6
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	7
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	8
A-8.1 Forschung und akademische Lehre	8
A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen	8
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	9
A-10 Gesamtfallzahlen	9
A-11 Personal des Krankenhauses	9
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen	9
A-11.2 Pflegepersonal	10
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal	12
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	14
A-12.1 Qualitätsmanagement	14
A-12.2 Klinisches Risikomanagement	14
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	17
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	23
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	23
A-13 Besondere apparative Ausstattung	26
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	27
B-[1] Innere Medizin	27
B-[1].1 Name	27
B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel	27
B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	28
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	28

Qualitätsbericht 2018

B-[1].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	28
B-[1].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	29
B-[1].5	Fallzahlen der Fachabteilung "Innere Medizin"	29
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD	30
B-[1].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	30
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	30
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	30
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	30
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	31
B-[1].11	Personelle Ausstattung	31
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen	31
B-[1].11.2	Pflegepersonal	32
B-[2]	Allgemeine Chirurgie	34
B-[2].1	Name	34
B-[2].1.1	Fachabteilungsschlüssel	34
B-[2].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	34
B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	35
B-[2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	35
B-[2].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	35
B-[2].5	Fallzahlen der Fachabteilung "Allgemeine Chirurgie"	36
B-[2].6	Hauptdiagnosen nach ICD	36
B-[2].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	36
B-[2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	36
B-[2].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	36
B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	37
B-[2].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	37
B-[2].11	Personelle Ausstattung	38
B-[2].11.1	Ärzte und Ärztinnen	38
B-[2].11.2	Pflegepersonal	39
B-[3]	Orthopädie und Unfallchirurgie	41
B-[3].1	Name	41
B-[3].1.1	Fachabteilungsschlüssel	41
B-[3].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	41

Qualitätsbericht 2018

B-[3].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	42
B-[3].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	42
B-[3].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	42
B-[3].5	Fallzahlen der Fachabteilung "Orthopädie und Unfallchirurgie"	42
B-[3].6	Hauptdiagnosen nach ICD	43
B-[3].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	43
B-[3].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	43
B-[3].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	43
B-[3].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	44
B-[3].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	44
B-[3].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	44
B-[3].11	Personelle Ausstattung	45
B-[3].11.1	Ärzte und Ärztinnen	45
B-[3].11.2	Pflegepersonal	45
B-[4]	Urologie	48
B-[4].1	Name	48
B-[4].1.1	Fachabteilungsschlüssel	48
B-[4].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	48
B-[4].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	48
B-[4].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	49
B-[4].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	49
B-[4].5	Fallzahlen der Fachabteilung "Urologie"	49
B-[4].6	Hauptdiagnosen nach ICD	49
B-[4].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	49
B-[4].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	50
B-[4].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	50
B-[4].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	50
B-[4].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	51
B-[4].11	Personelle Ausstattung	51
B-[4].11.1	Ärzte und Ärztinnen	51
B-[4].11.2	Pflegepersonal	52
B-[5]	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	54
B-[5].1	Name	54

Qualitätsbericht 2018

B-[5].1.1	Fachabteilungsschlüssel	54
B-[5].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	54
B-[5].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	55
B-[5].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	55
B-[5].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	55
B-[5].5	Fallzahlen der Fachabteilung "Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde"	55
B-[5].6	Hauptdiagnosen nach ICD	56
B-[5].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	56
B-[5].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	56
B-[5].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	56
B-[5].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	57
B-[5].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	57
B-[5].11	Personelle Ausstattung	57
B-[5].11.1	Ärzte und Ärztinnen	57
B-[5].11.2	Pflegepersonal	58
B-[6]	Radiologie	61
B-[6].1	Name	61
B-[6].1.1	Fachabteilungsschlüssel	61
B-[6].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	61
B-[6].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	62
B-[6].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	62
B-[6].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	62
B-[6].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	63
B-[6].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	63
B-[6].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	63
B-[6].11	Personelle Ausstattung	63
B-[6].11.1	Ärzte und Ärztinnen	63
B-[7]	Anästhesiologie	65
B-[7].1	Name	65
B-[7].1.1	Fachabteilungsschlüssel	65
B-[7].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	65
B-[7].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	66
B-[7].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	66

Qualitätsbericht 2018

B-[7].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	66
B-[7].11	Personelle Ausstattung	66
B-[7].11.1	Ärzte und Ärztinnen	66
B-[7].11.2	Pflegepersonal	67
C	Qualitätssicherung	69
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	69
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	69
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung	70
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	129
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	129
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	129
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr	130
C-5.1	Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind	130
C-5.2	Leistungsbereiche, für die im Prognosejahr gemäß Mindestmengenregelungen Mindestmengen erbracht werden sollen	130
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	130
D	Qualitätsmanagement	131
D-1	Qualitätspolitik	132
D-2	Qualitätsziele	133
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	133
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	134
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte	134
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	134

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

Das Waldkrankenhaus Bad Godesberg ist ein christliches Haus in der Tradition der Diakonie, die Pflege und Heilung der Kranken als ihre besondere Aufgabe ansieht. "Wir begleiten und beraten Menschen in allen Lebenslagen. Wir pflegen und heilen, trösten, stärken und fördern sie."

Bereits 1887 wurde das Viktoria-Hospital in der Beethovenstraße gegründet und von einer Bürgergemeinschaft geführt. 1926 wurde es von der evangelischen Gemeinde Bad Godesberg erworben, 1930 umgebaut und 1954 erweitert. Die pflegerische Betreuung lag in den Händen der Kreuznacher Diakonissen.

Am 01. April 1970 wurde dann das heutige Waldkrankenhaus als Nachfolger des Viktoria-Hospitals eröffnet. Die Evangelischen Kirchengemeinden in Bad Godesberg wollten ein modernes evangelisches Krankenhaus betreiben, das offen ist für Menschen unterschiedlicher Konfession, Nationalität und Hautfarbe.



Am 15.09.2005 haben sich das Johanniter-Krankenhaus und das Waldkrankenhaus zusammengeschlossen und sind heute Bestandteil der Johanniter GmbH mit weiteren Krankenhäusern in Mönchengladbach und Neuwied. Die Johanniter GmbH hält in Bonn ein

Qualitätsbericht 2018

breites Angebot diakonischer Einrichtungen bereit: Kurzzeitpflege, Hospiz, Altenheim und weitere Angebote.

Im Mittelpunkt unserer gesamten medizinischen, pflegerischen und seelsorgerlichen Arbeit steht der kranke Mensch. Entsprechend unserem christlich geprägten Selbstverständnis bemühen sich die Mitarbeiter/innen um eine ganzheitliche Betreuung unserer Patienten. Ob Chefarzt oder Pfleger, ob Oberärztin oder Verwaltungsangestellter, alle wollen dabei mithelfen, dass unsere Patienten optimal behandelt und versorgt werden und möglichst rasch genesen.

In dem hier vorliegenden Qualitätsbericht wollen wir Sie umfassend über unser medizinisches Leistungsgeschehen informieren. Sollten Sie zusätzliche Informationen benötigen, stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Johanniter GmbH, Standort Waldkrankenhaus, gerne zur Verfügung.

Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Peter Lutzer, QM-Beauftragter
Telefon:	0228 543 3077
Fax:	0228 543 562078
E-Mail:	peter.lutzer@bn.johanniter-kliniken.de

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Helmut Häfner, Klinikdirektor
Telefon:	0228 383 991
Fax:	0228 383 333
E-Mail:	helmut.haefner@bn.johanniter-kliniken.de

Links:

Link zur Homepage des Krankenhauses:	http://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/bonn/
--------------------------------------	---

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Johanniter GmbH - Waldkrankenhaus Bonn
PLZ:	53177
Ort:	Bonn
Straße:	Waldstr.
Hausnummer:	73
IK-Nummer:	260530216
Standort-Nummer:	0
Krankenhaus-URL:	http://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/bonn/

A-1.1 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Prof. Dr. Yon-Dschun Ko, Ärztlicher Direktor
Telefon:	0228 543 2203
Fax:	0228 543 2055
E-Mail:	yon-dschun.ko@bn.johanniter-kliniken.de

Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Ute Pocha, Pflegedirektorin
Telefon:	0228 383 750
Fax:	0228 383 812
E-Mail:	ute.pocha@bn.johanniter-kliniken.de

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Helmut Häfner, Klinikdirektor
Telefon:	0228 543 2000
Fax:	0228 543 2026
E-Mail:	helmut.haefner@bn.johanniter-kliniken.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers:	Johanniter GmbH
Träger-Art:	freigemeinnützig

Qualitätsbericht 2018

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität

1	Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
---	--

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	
1	Akupunktur <i>durch eine konsiliarisch tätige auf dem Krankenhausgelände niedergelassene Anästhesistin mit Schwerpunkt Schmerztherapie / Chinesische Medizin (TCM)</i>
2	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare <i>s. Sozialdienst</i>
3	Atemgymnastik/-therapie
4	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden <i>Das Stationäre Hospiz am Waldkrankenhaus begleitet schwerstkranke Menschen mit einer unheilbaren fortschreitenden Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung. Internet: http://www.hospiz-bonn.de/hospiz.</i>
5	Sporttherapie/Bewegungstherapie <i>s. Physiotherapie</i>
6	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
7	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen
8	Diät- und Ernährungsberatung
9	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung <i>Unsere urologische Abteilung ist Teil des Beckenbodenzentrums Bonn der Johanniter GmbH</i>
10	Manuelle Lymphdrainage
11	Medizinische Fußpflege <i>nach Voranmeldung an der Telefonzentrale/Information</i>
12	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie <i>u.a. Therapie am Schlingentisch, Beckenbodengymnastik für Männer und Frauen nach dem Tanzberger Konzept</i>
13	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst <i>psychoonkologische Betreuung</i>
14	Schmerztherapie/-management
15	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen <i>Spezielle Schulungen für Diabetiker werden angeboten. Bitte fragen Sie im Sekretariat der Abteilung für Innere Medizin nach (Tel. 0228/383-158).</i>
16	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie

Qualitätsbericht 2018

Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	
	<i>Kooperation der HNO-Abteilung mit Praxis für Logopädie</i>
17	Stomatherapie/-beratung <i>durch kooperierendes Sanitätshaus</i>
18	Traditionelle Chinesische Medizin <i>durch eine konsiliarisch tätige auf dem Krankenhausgelände niedergelassene Anästhesistin mit Schwerpunkt Schmerztherapie / Chinesische Medizin (TCM)</i>
19	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik <i>durch kooperierendes Sanitätshaus</i>
20	Wärme- und Kälteanwendungen <i>s. Physikalische Therapie</i>
21	Wundmanagement
22	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
23	Audiometrie/Hördiagnostik <i>In unserer HNO-Abteilung besteht die Möglichkeit zur Audiometrie / Hördiagnostik.</i>
24	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
25	Sozialdienst
26	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
27	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege <i>Die Johanniter GmbH betreibt eine Altenhilfeeinrichtungen, ein Hospiz und eine Kurzzeitpflegestation, die Johanniter Unfallhilfe einen ambulanten Pflegedienst. Die Mitarbeiterinnen unseres Sozialdienstes beraten Sie gerne und arbeiten mit allen Einrichtungen im Bonner Raum zusammen.</i>

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Leistungsangebot	
1	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum
2	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
3	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
4	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
5	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer <i>Kosten pro Tag: 0 €</i>
6	Internetanschluss am Bett/im Zimmer <i>Kosten pro Tag: 1 €</i> <i>wird im Paket 5,00€ für 5 Tage verkauft</i>
7	Rundfunkempfang am Bett <i>Kosten pro Tag: 0 €</i>
8	Telefon am Bett <i>Kosten pro Tag: 1,15 €</i> <i>Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,23 €</i> <i>Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0 €</i> <i>0,23€ je Einheit</i>

Qualitätsbericht 2018

Leistungsangebot	
9	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer
10	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen
	<i>Max. Kosten pro Stunde: 1,5 €</i>
	<i>Max. Kosten pro Tag: 8 €</i>
	<i>15 min. frei; ab der 3. Stunde 1,- €</i>
11	Seelsorge
12	Geldautomat
13	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
14	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
15	Hotelleistungen
16	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)
	<i>Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten: muslimische Kost</i>
17	Andachtsraum

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Aspekte der Barrierefreiheit	
1	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
	<i>b.Bed. kurzfristig verfügbar</i>
2	Diätetische Angebote
3	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
	<i>fremdsprachiges Personal in div. Bereichen</i>
4	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
5	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
	<i>Farbige Türen in umgebauten Stationen</i>
6	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
7	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
	<i>Projekt im Pflegedienst: Umgang mit Demenzkranken im Krankenhaus</i>
8	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
9	Besondere personelle Unterstützung
	<i>Hilfen durch grüne Damen und Herren</i>
10	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
	<i>Untersuchungsmöglichkeit bis 180 kg</i>
11	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung
12	Dolmetscherdienst
13	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten

Qualitätsbericht 2018

Aspekte der Barrierefreiheit	
14	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
15	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
16	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische <i>OP-Möglichkeit bis 180 kg</i>

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	
1	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten <i>an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität (Priv. Doz. Dr. Schmitz, Priv. Doz. Dr. Scheurlen , Prof. Dr. Wilhelm u.a.) und der Universität zu Köln (Prof. Dr. R. Vorreuther)</i>
2	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen <i>an der Hochschule Bonn / Rhein-Sieg (Prof. Dr. Steuer)</i>
3	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) <i>für Studenten und Absolventen der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität</i>
4	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten <i>mit der Uniklinik Bonn zwecks Studien zum Prostatakarzinom (Urologie); Projekt minimal invasive, interventionelle Radiologie u.a. (Prof. Wilhelm); Studiengang Klinische Medizintechnik, M.Sc. (Prof. Wilhelm)</i>
5	Doktorandenbetreuung
6	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher <i>div. Publikationen der Chefarzte</i>

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Ausbildungen in anderen Heilberufen	
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin <i>125 Auszubildungsplätze in der angegliederten Einrichtung "Evangelische- und Johanniter Bildungs GmbH"</i>
2	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin <i>Die Evangelische- und Johanniter Bildungs GmbH führen die theoretischen Ausbildung durch (s.o.). Die praktische Ausbildung findet in der Asklepios Kinderklinik Sankt Augustin sowie in externen Einrichtungen statt.</i>
3	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA) <i>Die Ausbildung wird in Kooperation mit der Karl-Borromäus Schule f. Gesundheitsberufe angeboten. Die Johanniter GmbH führt die praktische Ausbildung in den beiden Betriebsstätten in Bonn durch und stellt Auszubildende ein.</i>
4	Anästhesietechnischer Assistent und Anästhesietechnische Assistentin (ATA) <i>In Zusammenarbeit mit der Medical School / academia chirurgica, Düsseldorf, bietet die Johanniter GmbH praktische Ausbildungsplätze an. Die Auszubildenden sind bei der Medical School in Düsseldorf angestellt.</i>
5	Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin

Qualitätsbericht 2018

Ausbildungen in anderen Heilberufen	
	<i>Die Johanniter GmbH stellt Praktikumsplätze für Auszubildende in der Physiotherapie der verschiedenen Ausbildungsstätten zur Verfügung.</i>
6	Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA) <i>Kooperation mit der Staatlich anerkannten Schule für Medizinisch Technische Radiologieassistenten / innen des Universitätsklinikums Bonn im Rahmen der praktischen Ausbildung</i>
7	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin <i>Die Evangelische- und Johanniter Bildungs GmbH bietet 25 Plätze für die Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegeassistent (1-jährige Ausbildung) an.</i>
8	Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA) <i>Zusammenarbeit mit der MTA-Schule der Uni Bonn und mit dem rheinischen Bildungszentrum Köln</i>

Ergänzung:

Chirurgisch-technischer Assistent (CTA)

In Zusammenarbeit mit der Medical School / academia chirurgica, Düsseldorf, bietet die Johanniter GmbH praktische Ausbildungsplätze an.

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten:	288
----------------	-----

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	12792
Teilstationäre Fallzahl:	0
Ambulante Fallzahl:	31322

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 92,19 Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 42,00

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 92,19 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 2,77 **Stationär:** 89,42

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 51,05

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 51,05 **Ohne:** 0,00

Qualitätsbericht 2018

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

Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Gesamt: 1,00

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

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

- davon Fachärzte und Fachärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Gesamt: 1,00

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: 151,90

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

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

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt: 31,20

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

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

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

Gesamt: 2,11

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

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

Qualitätsbericht 2018

Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 5,87

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

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

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 6,23

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

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

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

Gesamt: 30,25

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

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

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt: 14,76

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

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

Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 1,77

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

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

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt: 1,77

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

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

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 4,03

Qualitätsbericht 2018

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	<input type="text" value="4,03"/>	Ohne:	<input type="text" value="0,00"/>
Versorgungsform:	Ambulant:	<input type="text" value="2,43"/>	Stationär:	<input type="text" value="1,60"/>

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Ergotherapeut und Ergotherapeutin

Gesamt:	0,79			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	<input type="text" value="0,79"/>	Ohne:	<input type="text" value="0,00"/>
Versorgungsform:	Ambulant:	<input type="text" value="0,00"/>	Stationär:	<input type="text" value="0,79"/>

Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF)

Gesamt:	3,75			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	<input type="text" value="3,75"/>	Ohne:	<input type="text" value="0,00"/>
Versorgungsform:	Ambulant:	<input type="text" value="0,00"/>	Stationär:	<input type="text" value="3,75"/>

Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)

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"/>

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

Gesamt:	9,29			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	<input type="text" value="9,29"/>	Ohne:	<input type="text" value="0,00"/>
Versorgungsform:	Ambulant:	<input type="text" value="0,00"/>	Stationär:	<input type="text" value="9,29"/>

Physiotherapeut und Physiotherapeutin

Gesamt:	4,89			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	<input type="text" value="4,89"/>	Ohne:	<input type="text" value="0,00"/>
Versorgungsform:	Ambulant:	<input type="text" value="0,00"/>	Stationär:	<input type="text" value="4,89"/>

Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin

Gesamt:	0,57			
---------	------	--	--	--

Qualitätsbericht 2018

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

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

Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin

Gesamt: 1,86

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

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

Personal mit Weiterbildung zum Diabetesberater/ zur Diabetesberaterin

Gesamt: 1,13

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

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

Notfallsanitäterinnen und -sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)

Gesamt: 2,71

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:	Helmut Häfner, Klinikdirektor
Telefon:	0228 543 2000
Fax:	0228 543 2026
E-Mail:	helmut.haefner@bn.johanniter-kliniken.de

A-12.1.2 Lenkungs-gremium

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

Wenn ja:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	Krankenhausbetriebsleitung, QM-Beauftragter
Tagungsfrequenz des Gremiums:	quartalsweise

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person:	entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement
--	--

A-12.2.2 Lenkungs-gremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungs-gremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht:	ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement
---	---

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	Pflegedirektion, OP-Manager, Chefärzte Anästhesie, CIRS-Team und QM-Beauftragter
Tagungsfrequenz des Gremiums:	quartalsweise

Qualitätsbericht 2018

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrument bzw. Maßnahme	
1	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Johanniter GmbH Unternehmenshandbuch - Sektion Medizin/Pflege sowie QM-Handbuch Standort Bonn Letzte Aktualisierung: 15.01.2019</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>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: SOP Meldung von Zwischenfällen Letzte Aktualisierung: 12.08.2019</i>
9	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
10	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
11	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
12	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
13	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Prozessbeschreibung perioperatives Management Letzte Aktualisierung: 15.02.2019</i>
14	Entlassungsmanagement <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Prozessbeschreibung perioperatives Management Letzte Aktualisierung: 15.02.2019</i>
16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Prozessbeschreibung perioperatives Management Letzte Aktualisierung: 15.02.2019</i>
17	Mitarbeiterbefragungen

Qualitätsbericht 2018

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

<input checked="" type="checkbox"/>	Tumorkonferenzen
<input checked="" type="checkbox"/>	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
<input type="checkbox"/>	Pathologiebesprechungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Palliativbesprechungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Qualitätszirkel
<input checked="" type="checkbox"/>	Andere: Röntgenbesprechungen etc.

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

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

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems:

Instrument bzw. Maßnahme	
1	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor <i>Letzte Aktualisierung: 08.02.2019</i>
2	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen <i>Intervall: bei Bedarf</i>
3	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem <i>Intervall: bei Bedarf</i>

Details:

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	quartalsweise
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:	Einarbeitungschecklisten, Standards zur Medikamentenverabreichung u.v.a.m.

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):

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

Qualitätsbericht 2018

Genutzte Systeme:

Bezeichnung	
1	CIRS Berlin (Ärztchammer 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:	quartalsweise

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Personal	Anzahl
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	8
Hygienefachkräfte (HFK)	2
Hygienebeauftragte in der Pflege	23

A-12.3.1.1 Hygienekommission

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

Kontaktaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Yon-Dschun Ko, Ärztlicher Direktor
Telefon:	0228 543 543
Fax:	0228 2203 2055
E-Mail:	yon-dschun.ko@bn.johanniter-kliniken.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor:

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

Qualitätsbericht 2018

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:

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

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

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

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

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

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

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

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

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

Qualitätsbericht 2018

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor:

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

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

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

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

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

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

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:

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

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

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

Qualitätsbericht 2018

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

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

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

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

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

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgeminstationen (Einheit: ml/Patiententag):	27,66
---	-------

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

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag):	144,62
---	--------

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl:	Teilweise
----------	-----------

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/Krankenhausthygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html).	Ja

Qualitätsbericht 2018

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

Umgang mit Patienten mit MRE (2):

	Option	Auswahl
1	Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen.	Ja
2	Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen	Ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

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

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
2	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
4	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
5	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
	http://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/bonn/ueber-uns/lob-und-beschwerdemanagement/ <i>Sie können sich mit Lob und Beschwerden direkt und formlos an unser Qualitätsmanagement wenden. Wir freuen uns über jede Rückmeldung - ob positiv oder negativ -, um mit Ihrer Unterstützung unsere Leistungen weiter zu verbessern.</i>	
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
	<i>Der ehrenamtlichen Patientenfürsprecher hat ein offenes Ohr für die Sorgen, Nöte und Beschwerden unserer Patienten. Er behandelt die Anliegen vertraulich und übernimmt auf Wunsch eine Mittlerrolle zwischen Patient und Klinik.</i>	
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja
	<i>Über den Fragebogen "Ihre Meinung ist uns wichtig"</i>	
9	Patientenbefragungen	Ja
	<i>Alle Patienten erhalten bereits bei der Aufnahme einen Fragebogen, um ihre Eindrücke schriftlich festzuhalten.</i>	
10	Einweiserbefragungen	Ja
	<i>Wird alle 3 Jahre durchgeführt, zuletzt im Frühjahr 2017</i>	

Qualitätsbericht 2018

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Peter Lutzer, QM-Beauftragter
Telefon:	0228 543 3077
Fax:	0228 543 862078
E-Mail:	peter.lutzer@bn.johanniter-kliniken.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Barbara Drews, Patientenfürsprecherin
Telefon:	0228 5433518
Fax:	
E-Mail:	patientenfuersprecher.wk@bn.johanniter-kliniken.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

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

A-12.5.2 Verantwortliche Person

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

Kontaktdaten:

Name/Funktion:	Prof. Dr. Yon-Dschun Ko, Ärztlicher Direktor
Telefon:	0228 5432203
Fax:	0228 5432055
E-Mail:	yon-dschun.ko@bn.johanniter-kliniken.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker:	15
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal:	20
Erläuterungen:	Versorgungsvertrag mit krankenhausversorgender Apotheke

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Instrument bzw. Maßnahme	
1	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)
2	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
3	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln
4	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
5	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
6	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung
7	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
8	Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder
9	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese - Verordnung - Patienteninformation - Arzneimittelabgabe -Arzneimittelanwendung - Dokumentation - Therapieüberwachung - Ergebnisbewertung)
	<i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Medikamentenmanagement - Grundsätze</i>
10	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen

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

<input checked="" type="checkbox"/>	Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung
<input checked="" type="checkbox"/>	Zubereitung durch pharmazeutisches Personal
<input checked="" type="checkbox"/>	Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Sonstiges: Applikationsfertige Zubereitung der Chemotherapien und weiterer Parenteralia durch Sterillabor der externen Krankenhausapotheke

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

<input checked="" 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)

Qualitätsbericht 2018

<input checked="" type="checkbox"/>	Sonstiges: elektronische Bestellung bei externer Krankenhausapotheke
-------------------------------------	--

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern:

<input checked="" type="checkbox"/>	Fallbesprechungen
<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	Andere: Medikamentenkontrollen (4-Augen-Prinzip)

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
<input checked="" type="checkbox"/>	Sonstiges: Mitgabe von Informationsmappen zur Chemotherapie

A-13 Besondere apparative Ausstattung

	Apparative Ausstattung	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung
2	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen
3	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung
4	Gerät für Nierenersatzverfahren	Geräte für Nierenersatzverfahren
5	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung
6	Linksherzkatheterlabor (X)	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße
	<i>in Kooperation mit der Universitätsklinik Bonn</i>	
7	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung
8	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder
9	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik
10	Uroflow/Blasendruckmessung/ Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung

weitere Geräte:

- Knochendichtemessplatz - Osteodensitometrie - Quantitativen digitalen Radiographie (DEXA)Knochendichtemessung erfolgt zur Abklärung einer Osteoporose oder der Vorstufe der Osteoporose, einer Osteopenie

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:	Waldstr.
Hausnummer:	73
PLZ:	53177
Ort:	Bonn
URL:	http://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/_bonn/_medizin-_pflege/_fachabteilungen-_____und-leistungsschwerpunkte/_innere-_medizin/_im-waldkrankenhaus/_allgemeine-innere-medicin/

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(0107) Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie
2	(0190) Innere Medizin/ohne Diff. nach Schwerpunkten (II)
3	(0192) Innere Medizin/ohne Diff. nach Schwerpunkten (IV)
4	(0191) Innere Medizin/ohne Diff. nach Schwerpunkten (III)
5	(0106) Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie
6	(0790) Gastroenterologie/ohne Diff. nach Schwerp. (II)
7	(0153) Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes
8	(0792) Gastroenterologie/ohne Diff. nach Schwerp. (IV)
9	(0700) Gastroenterologie
10	(0791) Gastroenterologie/ohne Diff. nach Schwerp. (III)
11	(0103) Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie

Qualitätsbericht 2018

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Priv. Doz. Dr. med. Udo Schmitz, Chefarzt
Telefon:	0228 383168
Fax:	0228 383574
E-Mail:	udo.schmitz@bn.johanniter-kliniken.de
Adresse:	Waldstr. 73
PLZ/Ort:	53177 Bonn
URL:	http://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/bonn/medizin-pflege/fachabteilungen-und-leistungsschwerpunkte/innere-medicin/im-waldkrankenhaus/allgemeine-innere-medicin/

Name/Funktion:	Priv. Doz. Dr. med. Christian Scheurlen, Chefarzt
Telefon:	0228 383158
Fax:	0228 383157
E-Mail:	christian.scheurlen@bn.johanniter-kliniken.de
Adresse:	Waldstr. 73
PLZ/Ort:	53177 Bonn
URL:	http://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/bonn/medizin-pflege/fachabteilungen-und-leistungsschwerpunkte/innere-medicin/im-waldkrankenhaus/allgemeine-innere-medicin/

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	Kompetenzzentrum für Mastzellerkrankungen <i>In Kooperation mit Professor Dr. Gerhard J. Molderings, Institut für Genetik am Universitätsklinikum Bonn</i>
2	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
3	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit

Qualitätsbericht 2018

Medizinische Leistungsangebote	
4	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
5	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
6	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
7	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten <i>Behandlungsschwerpunkt Diabetes mellitus. Hierfür werden alle Möglichkeiten der Patientenschulung oder Beratung zu individuellen Lebenssituationen vorgehalten. Hauptaugenmerk liegt auf der Behandlung etwaig bestehender Folgeerkrankungen, insbesondere des Diabetischen Fußsyndroms.</i>
8	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) <i>z.B. Refluxerkrankungen, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, bösartige Tumore des gastrointestinalen Traktes mit den aktuellsten endoskopischen Techniken, sowie Farb-Doppler und kontrastverstärkter Sonographie</i>
9	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas <i>z.B. bösartige Tumoren des hepatobiliären Traktes mit den aktuellsten endoskopischen Techniken, sowie Farb-Doppler und kontrastverstärkter Sonographie.</i>
10	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
11	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
12	Intensivmedizin <i>Durch die Abt. für Anästhesiologie wird auf der interdisziplinären Intensivstation die Hypothermietherapie nach Herz-Kreislauf-Stillstand durchgeführt.</i>
13	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
14	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
15	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
16	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
17	Endoskopie <i>nasogastrale Endoskopie und Kapselendoskopie von Ösophagus, Magen, Duodenum, Pankreas, Gallenwegen, Rektum; Endosonographie</i>
18	Schmerztherapie
19	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

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

s. Kap. A-7

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

Vollstationäre Fallzahl:	3619
Teilstationäre Fallzahl:	0

Qualitätsbericht 2018

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzinsuffizienz	160
2	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	150
3	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	116
4	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	110
5	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	104
6	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	81
7	K29	Gastritis und Duodenitis	75
8	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	59
9	R55	Synkope und Kollaps	52
10	N17	Akutes Nierenversagen	52

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	743
2	1-650	Diagnostische Koloskopie	498
3	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	351
4	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	221
5	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	173
6	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	172
7	1-653	Diagnostische Proktoskopie	170
8	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	166
9	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	139
10	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	132

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Diabetische Fußambulanz
	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
2	Kardiologische Ambulanz
	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
3	Notfallzentrum
	Behandlung akuter internistischer Notfälle
4	Privatsprechstunde Priv. Doz. Dr. U. Schmitz
	ambulante Behandlung von internistischen Erkrankungen
5	Privatsprechstunde Prov. Doz. Dr. Chr. Scheurlen

Qualitätsbericht 2018

5	Privatsprechstunde Prov. Doz. Dr. Chr. Scheurlen
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)

6 Vor- und nachstationäre ambulante Behandlung

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	204

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 17,70 Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 42,00

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

Versorgungsform: **Ambulant:** **Stationär:**
Fälle je Anzahl:

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 7,00

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

Versorgungsform: **Ambulant:** **Stationär:**
Fälle je Anzahl:

B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	
1	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
2	Innere Medizin und Gastroenterologie
3	Innere Medizin und Kardiologie

Qualitätsbericht 2018

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung	
1	Notfallmedizin
2	Labordiagnostik - fachgebunden -

B-[1].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

38,50

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

Gesamt: 33,26

Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	33,26	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,64	Stationär:	32,62
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	110,9

Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 3,87

Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	3,87	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	3,87
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	935,1

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in
Vollkräften

Gesamt: 1,93

Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	1,93	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	1,93
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	1875,1

Qualitätsbericht 2018

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

Gesamt: 8,80

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	8,80	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	8,80
Versorgungsform:				Fälle je Anzahl:
				411,3

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0,40

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,40	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,40
Versorgungsform:				Fälle je Anzahl:
				9047,5

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
3	Pflege in der Onkologie
4	Hygienebeauftragte in der Pflege

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

Zusatzqualifikationen	
1	Wundmanagement
2	Diabetes
3	Qualitätsmanagement

B-[2] Allgemeine Chirurgie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung:	Allgemeine Chirurgie
Straße:	Waldstr.
Hausnummer:	73
PLZ:	53177
Ort:	Bonn
URL:	http://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/bonn/medizin-pflege/fachabteilungen-und-leistungsschwerpunkte/chirurgie/im-waldkrankenhaus/allgemein-und-viszeralchirurgie/

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(1700) Neurochirurgie
2	(1591) Allgemeine Chirurgie/ohne Diff. nach Schwerp.(III)
3	(1590) Allgemeine Chirurgie/ohne Diff. nach Schwerp (II)
4	(1900) Plastische Chirurgie
5	(1519) Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie
6	(3790) Sonstige Fachabt./ohne Diff. n. Schwerpunkten(II)
7	(3755) Wirbelsäulenchirurgie
8	(1592) Allgemeine Chirurgie/ohne Diff. nach Schwerp (IV)

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. Stefan Klozoris, Chefarzt
Telefon:	0228 383258
Fax:	0228 383257
E-Mail:	Stefan.Klozoris@bn.johanniter-kliniken.de
Adresse:	Waldstr. 73
PLZ/Ort:	53177 Bonn

Qualitätsbericht 2018

URL:	http://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus_bonn_medizin_pflege/fachabteilungen-und-leistungsschwerpunkte/chirurgie_im_waldkrankenhaus_allgemein-und-viszeralchirurgie/
------	---

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	Proktologie (Behandlung bei Erkrankungen des Enddarmes und Analsbereiches)
2	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
3	Endokrine Chirurgie
4	Magen-Darm-Chirurgie
5	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
6	Tumorchirurgie
7	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
8	Portimplantation
9	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule <i>durch den kooperierenden Neurochirurgen Priv. Doz. Dr. Nemati</i>
10	Wirbelsäulenchirurgie <i>durch den kooperierenden Neurochirurgen Priv. Doz. Dr. Nemati</i>
11	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe <i>seit 2016 durch den leitenden Arzt Dr. Kay-Hendrik Busch</i>
12	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie <i>seit 2016 durch den leitenden Arzt Dr. Kay-Hendrik Busch</i>
13	Fußchirurgie <i>seit 2016 durch den leitenden Arzt Dr. Johannes Beike</i>

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

s. Kap. A-7

Qualitätsbericht 2018

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

Vollstationäre Fallzahl:	1964
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	M20	Erworbene Deformitäten der Zehen	106
2	K80	Cholelithiasis	99
3	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	90
4	K40	Hernia inguinalis	83
5	M54	Rückenschmerzen	63
6	M19	Sonstige Arthrose	62
7	K35	Akute Appendizitis	59
8	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	59
9	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	58
10	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	56

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-788	Operationen an Fußknochen	526
2	5-808	Offen chirurgische Arthrodesse (Gelenkversteifung)	210
3	5-839	sonstige Operationen an der Wirbelsäule	190
4	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	186
5	5-832	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	169
6	5-831	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	124
7	5-911	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut (Liposuktion)	115
8	5-469	sonstige Operationen am Darm	108
9	5-511	Cholezystektomie	100
10	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	84

Qualitätsbericht 2018

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1		Notfallzentrum
		Behandlung chirurgischer Notfälle
2		Sprechstunde Dr. S. Klozoris
		Proktologie
		Endokrine Chirurgie
		Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
		Magen-Darm-Chirurgie
		Minimalinvasive laparoskopische Operationen
3		vor- und nachstationäre Behandlung
4		Praxisklinik für Neurochirurgie am Waldkrankenhaus PD Dr. med. Nabi Nemati Tel. 0228. 383-850 Fax 0228. 383-856
		Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
		Wirbelsäulenchirurgie
5		Sprechstunde Dr. J. Beike
		Fußchirurgie
6		Sprechstunde Dr. Kay-Hendrik Busch
		Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
		Plastisch-rekonstruktive Eingriffe

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-399	In- und Explantation von Ports	44
2	5-787	Metallentfernung nach Osteosynthese	20
3	5-788	Operationen an Knochen des Fußes	9

Qualitätsbericht 2018

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 15,06 Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 42,00

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	15,06	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	15,06
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	130,4

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 9,68

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	9,68	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	9,68
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	202,9

B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)

1	Allgemeinchirurgie
2	Viszeralchirurgie
3	Plastische und Ästhetische Chirurgie
4	Orthopädie und Unfallchirurgie
5	Neurochirurgie

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung

1	Proktologie
2	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

Spezialist für Fuß- und Sprunggelenkschirurgie GFFC

Qualitätsbericht 2018

B-[2].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

38,50

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

Gesamt: 16,13

Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	16,13	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	16,13
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	121,8

Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 2,00

Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	2,00	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	2,00
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	982,0

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

Gesamt: 2,22

Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	2,22	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	2,22
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	884,7

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 1,20

Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	1,20	Ohne:	0,00
--------------------------------	-------------	------	--------------	------

Qualitätsbericht 2018

Versorgungsform:	Ambulant: 1,20	Stationär: 0,00
		Fälle je Anzahl: 0,0

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

Zusatzqualifikationen	
1	Qualitätsmanagement

B-[3] Orthopädie und Unfallchirurgie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung:	Orthopädie und Unfallchirurgie
Straße:	Waldstr.
Hausnummer:	73
PLZ:	53177
Ort:	Bonn
URL:	http://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/bonn/medizin-pflege/fachabteilungen-und-leistungsschwerpunkte/chirurgie/im-waldkrankenhaus/orthopaedie-und-unfallchirurgie/

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(1523) Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
2	(1691) Unfallchirurgie/ohne Diff. nach Schwerp. (III)
3	(1516) Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
4	(1692) Unfallchirurgie/ohne Differenzierung nach Schwerp. (IV)
5	(1690) Unfallchirurgie/ohne Differenzierung nach Schwerp. (II)

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. Christian Paul, Chefarzt
Telefon:	0228 383376
Fax:	0228 383379
E-Mail:	christian.paul@bn.johanniter-kliniken.de
Adresse:	Waldstr. 73
PLZ/Ort:	53177 Bonn
URL:	http://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/bonn/medizin-pflege/fachabteilungen-und-leistungsschwerpunkte/chirurgie/im-waldkrankenhaus/orthopaedie-und-unfallchirurgie/

Name/Funktion:	Prof. Dr. Kurt Steuer, Chefarzt
Telefon:	0228 383376

Qualitätsbericht 2018

Fax:	0228 383379
E-Mail:	kurt.steuer@bn.johanniter-kliniken.de
Adresse:	Waldstr. 73
PLZ/Ort:	53177 Bonn
URL:	http://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus_bonn/medizin_pflege/fachabteilungen-_____und-leistungsschwerpunkte/chirurgie_im-waldkrankenhaus/orthopaedie-und-unfallchirurgie/

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	Bandrekonstruktionen/Plastiken
2	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
3	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
4	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
5	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
6	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
7	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
8	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
9	Arthroskopische Operationen
10	Notfallmedizin
11	Schulterchirurgie
12	Sportmedizin/Sporttraumatologie

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

s. Kap. A-7

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

Vollstationäre Fallzahl:	1942
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S72	Fraktur des Femurs	189
2	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	158
3	S52	Fraktur des Unterarmes	149
4	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	140
5	M75	Schulterläsionen	120
6	S06	Intrakranielle Verletzung	112
7	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	87
8	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	75
9	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	74
10	S43	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	71

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	296
2	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	275
3	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	232
4	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	194
5	5-829	Andere gelenkplastische Eingriffe	187
6	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	172
7	1-697	Diagnostische Arthroskopie	156
8	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	147
9	5-824	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität	108
10	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	73

Qualitätsbericht 2018

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1 Notfallzentrum (BG)	
	Behandlung unfallchirurgischer Notfälle
2 Notfallzentrum	
	Behandlung unfallchirurgischer Notfälle
	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
	Sportmedizin/Sporttraumatologie
3 Sprechstunde Dr. Paul	
	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
4 Sprechstunde Prof. Steuer	
	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
	Schulterchirurgie
	Sportmedizin/Sporttraumatologie
5 vor- und nachstationäre Behandlung	

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-814	Arthroskopische Operation des Schultergelenkes	161
2	5-787	Metallentfernung nach Osteosynthese	78
3	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	68
4	1-697	Diagnostische Arthroskopie	13
5	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	11

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: 11,87 Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 42,00

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	11,87	Ohne:	0,00
	Ambulant:	1,00	Stationär:	10,87
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	178,7

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 7,20

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	7,20	Ohne:	0,00
	Ambulant:	1,00	Stationär:	6,20
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	313,2

B-[3].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)

1	Allgemeinchirurgie
2	Orthopädie und Unfallchirurgie
3	Allgemeinmedizin

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung

1	Manuelle Medizin/Chirotherapie
2	Notfallmedizin
3	Spezielle Unfallchirurgie
4	Sportmedizin

B-[3].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

38,50

Qualitätsbericht 2018

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

Gesamt: 21,84

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	21,84	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	21,84
Versorgungsform:			Fälle je	88,9
			Anzahl:	

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

Gesamt: 1,11

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	1,11	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	1,11
Versorgungsform:			Fälle je	1749,6
			Anzahl:	

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	1942,0
			Anzahl:	

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

Gesamt: 3,17

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	3,17	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	3,17
Versorgungsform:			Fälle je	612,6
			Anzahl:	

Qualitätsbericht 2018

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 1,23

Beschäftigungs-
verhältnis:

Mit:

1,23

Ohne:

0,00

Versorgungsform:

Ambulant:

1,23

Stationär:

0,00

Fälle je
Anzahl:

0,0

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

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

Zusatzqualifikationen

1	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
2	Wundmanagement
3	Qualitätsmanagement

B-[4] Urologie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung:	Urologie
Straße:	Waldstr.
Hausnummer:	73
PLZ:	53177
Ort:	Bonn
URL:	http://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/bonn/medizin-pflege/fachabteilungen-und-leistungsschwerpunkte/urologie/

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Prof. Dr. Roland Vorreuther, Chefarzt
Telefon:	0228 383720
Fax:	0228 383725
E-Mail:	urologie@bn.johanniter-kliniken.de
Adresse:	Waldstr. 73
PLZ/Ort:	53177 Bonn
URL:	http://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/bonn/medizin-pflege/fachabteilungen-und-leistungsschwerpunkte/urologie/

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	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
2	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
3	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
4	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
5	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems <i>entzündliche Erkrankungen der Harnwege</i>
6	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
7	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
8	Kinderurologie
9	Neuro-Urologie
10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
11	Minimalinvasive endoskopische Operationen
12	Tumorchirurgie
13	Spezialsprechstunde <i>Prostatakarzinomsprechstunde, Kinderurologische Sprechstunde, Inkontinenzsprechstunde und Uroonkologische Sprechstunde</i>
14	Prostatazentrum
15	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik

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

s. Kap. A-7

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

Vollstationäre Fallzahl:	2270
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	296
2	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	295
3	N20	Nieren- und Ureterstein	288
4	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	267
5	N40	Prostatahyperplasie	189
6	N41	Entzündliche Krankheiten der Prostata	78
7	N43	Hydrozele und Spermatozele	36
8	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	34

Qualitätsbericht 2018

ICD	Bezeichnung	Fallzahl	
9	N35	Harnröhrenstriktur	34
10	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	28

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS	Bezeichnung	Fallzahl	
1	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]	650
2	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	523
3	5-572	Zystostomie	403
4	1-464	Transrektale Biopsie an männlichen Geschlechtsorganen	218
5	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	207
6	5-601	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe	204
7	5-604	Radikale Prostatovesikulektomie	108
8	5-550	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung	55
9	5-554	Nephrektomie	42
10	5-570	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase	40

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Notfallzentrum
	Behandlung urologischer Notfälle
2	Urologische Ambulanz
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
	Kinderurologie
	Minimalinvasive endoskopische Operationen
	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase

Qualitätsbericht 2018

2 Urologische Ambulanz	
	Prostatazentrum
	Spezialsprechstunde
	Tumorchirurgie
	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik

3 Vor- und nachstationäre Behandlung

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-640	Operationen an der Vorhaut	65

B-[4].11 Personelle Ausstattung

B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 10,76 Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 42,00

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	<input type="text" value="10,76"/>	Ohne:	<input type="text" value="0,00"/>
	Ambulant:	<input type="text" value="0,00"/>	Stationär:	<input type="text" value="10,76"/>
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	<input type="text" value="211,0"/>

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 5,26

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	<input type="text" value="5,26"/>	Ohne:	<input type="text" value="0,00"/>
	Ambulant:	<input type="text" value="0,00"/>	Stationär:	<input type="text" value="5,26"/>
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	<input type="text" value="431,6"/>

B-[4].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	
1	Urologie

Qualitätsbericht 2018

B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung	
1	Andrologie
2	Medikamentöse Tumortherapie

B-[4].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

38,50

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

Gesamt: 25,42

Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	25,42	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	25,42
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	89,3

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in
Vollkräften

Gesamt: 1,40

Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	1,40	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	1,40
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	1621,4

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

Gesamt: 0,44

Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	0,44	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,44
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	5159,1

Qualitätsbericht 2018

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0,20

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,20	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,20
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	11350,0

B-[4].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 in der Onkologie <i>zurzeit in Ausbildung</i>

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

Zusatzqualifikationen	
1	Wundmanagement
2	Qualitätsmanagement

B-[5] Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung:	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
Straße:	Waldstr.
Hausnummer:	73
PLZ:	53177
Ort:	Bonn
URL:	http://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/bonn/medizin-pflege/fachabteilungen-und-leistungsschwerpunkte/hals-nasen-ohrenheilkunde/

B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(2691) Hals-, Nasen-, Ohrenheilk./o. Diff. nach Schwerp.(III)
2	(2692) Hals-, Nasen-, Ohrenheilk./ohne Diff. nach Schwerp.(IV)
3	(2690) Hals-, Nasen-, Ohrenheilk./ohne Diff. nach Schwerp.(II)

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. Stephan Herberhold, Chefarzt
Telefon:	0228 383470
Fax:	0228 383472
E-Mail:	stephan.herberhold@bn.johanniter-kliniken.de
Adresse:	Waldstr. 73
PLZ/Ort:	53177 Bonn
URL:	http://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/bonn/medizin-pflege/fachabteilungen-und-leistungsschwerpunkte/hals-nasen-ohrenheilkunde/

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	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
2	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
3	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
4	Mittelohrchirurgie
5	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
6	Schwindeldiagnostik/-therapie
7	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
8	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
9	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
12	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
13	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
14	Interdisziplinäre Tumornachsorge
15	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
16	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
17	Spezialsprechstunde

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

s. Kap. A-7

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

Vollstationäre Fallzahl:	2997
Teilstationäre Fallzahl:	0

Qualitätsbericht 2018

B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	535
2	J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	411
3	J32	Chronische Sinusitis	356
4	J36	Peritonsillarabszess	103
5	H91	Sonstiger Hörverlust	86
6	H81	Störungen der Vestibularfunktion	85
7	D37	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der Mundhöhle und der Verdauungsorgane	76
8	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	71
9	R04	Blutung aus den Atemwegen	62
10	J03	Akute Tonsillitis	52
11	C32	Bösartige Neubildung des Larynx	51

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	631
2	5-281	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	508
3	5-222	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle	317
4	5-224	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen	259
5	5-221	Operationen an der Kieferhöhle	200
6	5-218	Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]	117
7	5-195	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen)	116
8	5-200	Parazentese [Myringotomie]	114
9	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	103
10	5-403	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]	78

Qualitätsbericht 2018

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1 Notfallzentrum	
	Behandlung von HNO-Notfällen
2 Chefarztsprechstunde	
	ambulante Behandlung von HNO-Erkrankungen
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
	Interdisziplinäre Tumornachsorge
	Schwindeldiagnostik/-therapie
3 HNO-Ambulanz	
	ambulante Behandlung von HNO-Erkrankungen
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
	Interdisziplinäre Tumornachsorge
	Schwindeldiagnostik/-therapie

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-285	Entfernung der Rachenmandeln (Polypen)	193
2	5-300	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Kehlkopfes	69
3	5-200	Inzision in das Trommelfell, Einsetzen eines Paukenröhrchens	41
4	5-216	Reposition einer Nasenfraktur	35
5	5-214	Nasenscheidewandkorrektur	7

B-[5].11 Personelle Ausstattung

B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)				
Gesamt:	13,31	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	42,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	<input type="text" value="13,31"/>	Ohne:	<input type="text" value="0,00"/>
	Ambulant:	<input type="text" value="0,00"/>	Stationär:	<input type="text" value="13,31"/>
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	<input type="text" value="225,2"/>

Qualitätsbericht 2018

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 4,47

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	4,47	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	4,47
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	670,5

B-[5].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)

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

B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung

1	Plastische Operationen
---	------------------------

B-[5].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

38,50

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

Gesamt: 10,72

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	10,72	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	10,72
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	279,6

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

Gesamt: 1,00

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

Qualitätsbericht 2018

Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	1,00
			Fälle je Anzahl:	2997,0

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 1,90

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	1,90	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	1,90
			Fälle je Anzahl:	1577,4

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

Gesamt: 0,86

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,86	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,86
			Fälle je Anzahl:	3484,9

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 1,00

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	1,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	1,00
			Fälle je Anzahl:	2997,0

B-[5].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 in der Onkologie
	zurzeit in Ausbildung

Qualitätsbericht 2018

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

Zusatzqualifikationen	
1	Qualitätsmanagement

B-[6] Radiologie

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

Abteilungsart:	Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung:	Radiologie
Straße:	Waldstr.
Hausnummer:	73
PLZ:	53177
Ort:	Bonn
URL:	http://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/bonn/medizin-pflege/fachabteilungen-und-leistungsschwerpunkte/radiologie/im-waldkrankenhaus/

B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(3751) Radiologie

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Prof. Dr. Kai Wilhelm, Gesundheitsökonom, Chefarzt
Telefon:	0228 383164
Fax:	0228 383165
E-Mail:	kai.wilhelm@bn.johanniter-kliniken.de
Adresse:	Waldstr. 73
PLZ/Ort:	53177 Bonn
URL:	http://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/bonn/medizin-pflege/fachabteilungen-und-leistungsschwerpunkte/radiologie/im-waldkrankenhaus/

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	Konventionelle Röntgenaufnahmen
2	Native Sonographie
3	Eindimensionale Dopplersonographie
4	Computertomographie (CT), nativ
5	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
6	Arteriographie
7	Phlebographie
8	Interventionelle Radiologie
9	Teleradiologie
10	Tumorembolisation
11	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
12	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
13	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
14	Intraoperative Anwendung der Verfahren
15	Duplexsonographie
16	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
17	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
18	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
	<i>Gerät zur Übertragung MR-tomographisch suspekter Prostatabefunde auf ein Ultraschallbiopsiegerät</i>

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

s. Kap. A-7

Qualitätsbericht 2018

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	974
2	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	956
3	3-200	Native Computertomographie des Schädels	953
4	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	542
5	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	539
6	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	403
7	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	370
8	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	306
9	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	280
10	3-202	Native Computertomographie des Thorax	259

B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Ambulante Behandlung
	ambulante radiologische Diagnostik
2	Sprechstunde Prof. Dr. Wilhelm
	ambulante radiologische Diagnostik
	Interventionelle Radiologie
	Spezialsprechstunde
	Tumorembolisation

B-[6].11 Personelle Ausstattung

B-[6].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)			
Gesamt:	3,65	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	42,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: <input type="text" value="3,65"/>	Ohne: <input type="text" value="0,00"/>	
Versorgungsform:	Ambulant: <input type="text" value="0,00"/>	Stationär: <input type="text" value="3,65"/>	
		Fälle je Anzahl: <input type="text" value="0,0"/>	

Qualitätsbericht 2018

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 3,00

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

B-[6].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[6].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

B-[7] Anästhesiologie

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

Abteilungsart:	Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung:	Anästhesiologie
Straße:	Waldstr.
Hausnummer:	73
PLZ:	53177
Ort:	Bonn
URL:	http://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/bonn/medizin-pflege/fachabteilungen-und-leistungsschwerpunkte/anaesthesie-und-intensivmedizin/im-waldkrankenhaus/

B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(3753) Schmerztherapie
2	(3600) Intensivmedizin

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. Heinz Busse, Chefarzt
Telefon:	0228 383228
Fax:	0228 383227
E-Mail:	Heinz.Busse@bn.johanniter-kliniken.de
Adresse:	Waldstr. 73
PLZ/Ort:	53177 Bonn
URL:	http://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/bonn/medizin-pflege/fachabteilungen-und-leistungsschwerpunkte/anaesthesie-und-intensivmedizin/im-waldkrankenhaus/

Qualitätsbericht 2018

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	Intensivmedizin <i>Hypothermietherapie nach Herz-Kreislauf-Stillstand (Neuroprotektive Hypothermie) auf der Intensivstation</i>
2	Schmerztherapie <i>verschiedene Verfahren der Akutschmerztherapie; Mitbehandlung chronischer Schmerzpatienten der bettenführenden Abteilungen</i>
3	Sämtliche Verfahren der Allgemeinanästhesie, Neuromonitoring zur Steuerung der Narkosetiefe, Ultraschallgestützte Regionalanästhesie
4	Notfallmedizin <i>Organisation und Durchführung des Notarztsystems Bonn-Süd</i>

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

s. Kap. A-7

B-[7].11 Personelle Ausstattung

B-[7].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)			
Gesamt:	18,84	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	42,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: <input type="text" value="18,84"/>	Ohne: <input type="text" value="0,00"/>	
Versorgungsform:	Ambulant: <input type="text" value="0,00"/>	Stationär: <input type="text" value="18,84"/>	
		Fälle je Anzahl: <input type="text" value="0,0"/>	

Qualitätsbericht 2018

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 13,44

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	13,44	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	13,44
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	0,0

B-[7].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	
1	Anästhesiologie
2	Transfusionsmedizin

B-[7].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung	
1	Intensivmedizin
2	Notfallmedizin
3	Labordiagnostik - fachgebunden -

B-[7].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

38,50

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

Gesamt: 13,33

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	13,33	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	13,33
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	0,0

Qualitätsbericht 2018

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

Zusatzqualifikationen	
1	Qualitätsmanagement
2	Schmerzmanagement
3	OP-Koordination

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 Implantation (09/1)	27	100
2	Herzschrittmacherversorgung Aggregatwechsel (09/2)	9	100
3	Herzschrittmacherversorgung Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
4	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
5	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	61	100
6	Mammachirurgie (18/1)	14	100
7	Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	217	103,69
8	Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	190	99,47
	<i>Ein Fall konnte aufgrund abrechnungstechnischer / IT-Probleme nicht fristgerecht dokumentiert werden.</i>		
9	Hüftendoprothesenversorgung Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	173	99,42
	<i>s.o. zu HEP</i>		
10	Hüftendoprothesenversorgung Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (HEP_WE)	26	84,62
	<i>An Stelle der Bögen HEP-Wechsel wurden bei 3 periprothetischen Frakturen Frakturbögen bzw. ein Erstimplantationsbogen angelegt.</i>		
11	Knieendoprothesenversorgung (KEP)	80	98,75

Qualitätsbericht 2018

	Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate (%)
	<i>s.o. zu HEP</i>		
12	Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen (KEP_IMP)	71	98,59
	<i>s.o. zu HEP</i>		
13	Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (KEP_WE)	9	100
14	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	206	100

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

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

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 tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Problemen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme), auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation	
	Kennzahl-ID	2194
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	Bundesergebnis	
	Referenzbereich (bundesweit)	≤ 2,67 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,98 % - 1,05 %
	Fallzahl	

Qualitätsbericht 2018

Grundgesamtheit/Fallzahl	(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

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

Kennzahl-ID	2195
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Ja
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 43,83 %
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 5,88 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,93 % - 1,19 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	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

3 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID	51191
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 6,84 %
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 4,02 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,04 % - 1,17 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	27

Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
4	Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)
Kennzahl-ID	52139
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	61,92 % - 88,28 %
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≥ 60,00 %
Vertrauensbereich	89,04 % - 89,45 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	36
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
5	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel des Herzschrittmachers angemessen funktionierten
Kennzahl-ID	52305
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	96,47 % - 100 %
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	95,66 % - 95,81 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	105
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	

	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
6	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers	
	Kennzahl-ID	52311
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 12,46 %
	Bundesergebnis	
	Referenzbereich (bundesweit)	≤ 3,00 %
	Vertrauensbereich	1,36 % - 1,53 %
	Fallzahl	
	Grundgesamtheit/Fallzahl	27
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
7	Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt	
	Kennzahl-ID	54140
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	87,54 % - 100 %
	Bundesergebnis	
	Referenzbereich (bundesweit)	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	98,46 % - 98,64 %
	Fallzahl	
	Grundgesamtheit/Fallzahl	27
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

8 Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in den meisten Fällen eingesetzt werden sollten	
Kennzahl-ID	54141
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	Tkez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	87,54 % - 100 %
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	96,72 % - 96,98 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	27
9 Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in weniger als der Hälfte der Fälle eingesetzt werden sollten	
Kennzahl-ID	54142
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 12,46 %
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,11 % - 0,16 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	27
10 Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft spezielle Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten	
Kennzahl-ID	54143
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 12,46 %
Bundesergebnis	

Qualitätsbericht 2018

Referenzbereich (bundesweit)	≤ 10,00 %
Vertrauensbereich	1,48 % - 1,66 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	27
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

11 Die Funktionsfähigkeit der Kabel des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft

Kennzahl-ID	52307
Leistungsbereich	Austausch des Herzschrittmacher-Gehäuses (Aggregat)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	90,11 % - 100 %
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,02 % - 98,22 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	35
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

12 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID	51404
Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 5,03 (95. Perzentil)

Qualitätsbericht 2018

	Vertrauensbereich	0,84 % - 1,11 %
	Fallzahl	
	Grundgesamtheit/Fallzahl	(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
13	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers	
	Kennzahl-ID	52315
	Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	Bundesergebnis	
	Referenzbereich (bundesweit)	≤ 3,00 %
	Vertrauensbereich	0,87 % - 1,34 %
	Fallzahl	
	Grundgesamtheit/Fallzahl	(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
14	Der Schockgeber (Defibrillator-System) wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt	
	Kennzahl-ID	50005
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Bundesergebnis	
	Referenzbereich (bundesweit)	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	96,28 % - 96,75 %
	Fallzahl	
	Grundgesamtheit/Fallzahl	-
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	

Qualitätsbericht 2018

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Kommentar / Erläuterung	
Kommentar extern	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

15	Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Standards angemessen	
	Kennzahl-ID	50055
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Bundesergebnis	
	Referenzbereich (bundesweit)	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	91,75 % - 92,43 %
	Fallzahl	
	Grundgesamtheit/Fallzahl	-
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Kommentar / Erläuterung	
	Kommentar extern	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

16	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	Kennzahl-ID	51186
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Bundesergebnis	

Qualitätsbericht 2018

	Referenzbereich (bundesweit)	≤ 6,75 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,81 % - 1,1 %
Fallzahl		
	Grundgesamtheit/Fallzahl	-
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Kommentar / Erläuterung		
	Kommentar extern	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
17	Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird	
	Kennzahl-ID	52131
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Bundesergebnis		
	Referenzbereich (bundesweit)	≥ 60,00 %
	Vertrauensbereich	91,4 % - 92 %
Fallzahl		
	Grundgesamtheit/Fallzahl	-
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Kommentar / Erläuterung		
	Kommentar extern	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
18	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten	
	Kennzahl-ID	52316
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,13 % - 96,4 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	-
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Kommentar / Erläuterung	
Kommentar extern	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

19

Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel des Schockgebers (Defibrillators)

Kennzahl-ID	52325
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 3,00 %
Vertrauensbereich	0,71 % - 0,94 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	-
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Kommentar / Erläuterung	
Kommentar extern	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

20 Die Funktionsfähigkeit der Kabel des Schockgebers (Defibrillators) wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft	
Kennzahl-ID	52321
Leistungsbereich	Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,6 % - 98,78 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	-
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Kommentar / Erläuterung	
Kommentar extern	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
21 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Kennzahl-ID	51196
Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 5,70 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,12 % - 1,49 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	-
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Kommentar / Erläuterung	
Kommentar extern	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

22 Probleme im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Schockgeber (Defibrillator) eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme). Diese Probleme führten zu einer erneuten Operation

Kennzahl-ID	52001
Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 6,00 %
Vertrauensbereich	2,98 % - 3,35 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	-
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Kommentar / Erläuterung	
Kommentar extern	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

23 Infektion, die zu einer erneuten Operation führte

Kennzahl-ID	52002
Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Ja
Bundesergebnis	

Qualitätsbericht 2018

Referenzbereich (bundesweit)	≤ 2,44 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,47 % - 0,63 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	-
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Kommentar / Erläuterung	
Kommentar extern	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

24	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel des Schockgebers (Defibrillators)	
	Kennzahl-ID	52324
	Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Bundesergebnis	
	Referenzbereich (bundesweit)	≤ 3,00 %
	Vertrauensbereich	0,35 % - 0,71 %
	Fallzahl	
	Grundgesamtheit/Fallzahl	-
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Kommentar / Erläuterung	
	Kommentar extern	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

25	Technisches Problem am Schockgeber (Defibrillator), das zu einer erneuten Operation führte (Aggregat- oder Sondenproblem)	
	Kennzahl-ID	52328

Qualitätsbericht 2018

Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 8,69 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	3,2 % - 3,58 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	-
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Kommentar / Erläuterung	
Kommentar extern	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

26	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	Kennzahl-ID	11704
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Bundesergebnis	
	Referenzbereich (bundesweit)	≤ 2,99 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,92 % - 1,08 %
	Fallzahl	
	Grundgesamtheit/Fallzahl	-
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Qualitätsbericht 2018

Kommentar / Erläuterung	
Kommentar extern	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
27	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	11724
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	Tkez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,9 % - 1,11 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	-
28	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
Kennzahl-ID	51437
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,02 % - 98,88 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	-
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Kommentar / Erläuterung	

Qualitätsbericht 2018

Kommentar extern	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
------------------	--

29 Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Kennzahl-ID	51443
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	99,12 % - 99,72 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	-
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Kommentar / Erläuterung	
Kommentar extern	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

30 Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)

Kennzahl-ID	51445
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH

Qualitätsbericht 2018

Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	1,28 % - 2,29 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	-

31 Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Kennzahl-ID	51448
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	1,03 % - 3,67 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	-

32 Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind

Kennzahl-ID	51859
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	Tkez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	2,7 % - 3,4 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	-

33	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)	
	Kennzahl-ID	51860
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Bundesergebnis	
	Vertrauensbereich	2,98 % - 4,55 %
	Fallzahl	
	Grundgesamtheit/Fallzahl	-
34	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	Kennzahl-ID	51865
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Bundesergebnis	
	Vertrauensbereich	0,87 % - 1,15 %
	Fallzahl	
	Grundgesamtheit/Fallzahl	-
35	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	Kennzahl-ID	51873
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH

Qualitätsbericht 2018

Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 3,03 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,89 % - 1,12 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	-
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Kommentar / Erläuterung	
Kommentar extern	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

36	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, erlitten einen Schlaganfall oder sind während der Operation verstorben. Bei der Operation wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt	
	Kennzahl-ID	52240
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Bundesergebnis	
	Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	3,9 % - 10,96 %
	Fallzahl	
	Grundgesamtheit/Fallzahl	-
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Kommentar / Erläuterung	
	Kommentar extern	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

37 Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war die Operation aus medizinischen Gründen angebracht	
Kennzahl-ID	603
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,78 % - 99,11 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	-
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Kommentar / Erläuterung	
Kommentar extern	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
38 Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war die Operation aus medizinischen Gründen angebracht	
Kennzahl-ID	604
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	99,68 % - 99,87 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	-
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	

Qualitätsbericht 2018

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Kommentar / Erläuterung	
Kommentar extern	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

39	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)	
	Kennzahl-ID	605
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	Tkez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Bundesergebnis	
	Vertrauensbereich	1,05 % - 1,44 %
	Fallzahl	
	Grundgesamtheit/Fallzahl	-

40	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war	
	Kennzahl-ID	606
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	Tkez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Bundesergebnis	
	Vertrauensbereich	2,08 % - 3,59 %
	Fallzahl	
	Grundgesamtheit/Fallzahl	-

41 Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis	
Kennzahl-ID	10211
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 20,00 %
Vertrauensbereich	7,23 % - 8,07 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	-
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Kommentar / Erläuterung	
Kommentar extern	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
42 Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen	
Kennzahl-ID	12874
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 5,00 %
Vertrauensbereich	1,11 % - 1,33 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	-
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	

Qualitätsbericht 2018

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Kommentar / Erläuterung	
Kommentar extern	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

43 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen

Kennzahl-ID	51906
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 4,18
Vertrauensbereich	1,03 % - 1,17 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	(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

44 Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter

Kennzahl-ID	52283
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 4,94 % (90. Perzentil)
Vertrauensbereich	2,38 % - 2,56 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	(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

45	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis	
	Kennzahl-ID	60683
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Bundesergebnis	
	Vertrauensbereich	11,01 % - 13,58 %
	Fallzahl	
	Grundgesamtheit/Fallzahl	-

46	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis	
	Kennzahl-ID	60684
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Bundesergebnis	
	Vertrauensbereich	11,05 % - 12,96 %
	Fallzahl	

Qualitätsbericht 2018

	Grundgesamtheit/Fallzahl	-	
47	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis		
	Kennzahl-ID	60685	
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)	
	Art des Wertes	QI	
	Bezug zum Verfahren	QSKH	
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein	
	Bundesergebnis		
	Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event	
	Vertrauensbereich	1,05 % - 1,25 %	
	Fallzahl		
	Grundgesamtheit/Fallzahl	-	
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind	
	Kommentar / Erläuterung		
	Kommentar extern	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	
	48	Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis	
		Kennzahl-ID	60686
Leistungsbereich		Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)	
Art des Wertes		QI	
Bezug zum Verfahren		QSKH	
Mit Bezug zu Infektionen		Nein	
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses			
Ergebnis (Einheit)		—	
Vertrauensbereich		—	

Qualitätsbericht 2018

Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 40,23 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	19,39 % - 20,68 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	(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

49	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis	
	Kennzahl-ID	612
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Bundesergebnis	
	Referenzbereich (bundesweit)	≥ 74,04 % (5. Perzentil)
	Vertrauensbereich	87,96 % - 88,59 %
	Fallzahl	
	Grundgesamtheit/Fallzahl	-
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Kommentar / Erläuterung	
	Kommentar extern	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

50	Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Neugeborenen, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden (Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen)	
	Kennzahl-ID	321
	Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
	Art des Wertes	TKez

Qualitätsbericht 2018

Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,22 % - 0,24 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	-

51

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Neugeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Kennzahl-ID	51397
Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	1,01 % - 1,12 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	-

52

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Frühgeborene, die zwischen der 24. und einschließlich der 36. Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht miteinbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Kennzahl-ID	51831
Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 6,00 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,95 % - 1,18 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	-

Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen

Qualitätsbericht 2018

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Kommentar / Erläuterung	
Kommentar extern	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

53 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kaiserschnittgeburten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Kennzahl-ID	52249
Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 1,23 (90. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,98 % - 0,99 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	-
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Kommentar / Erläuterung	
Kommentar extern	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

54 Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden)

Kennzahl-ID	54029
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden

Qualitätsbericht 2018

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 4,50 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,18 % - 1,36 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	(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

55	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden	
	Kennzahl-ID	54030
	Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	5,67 % - 21,84 %
	Bundesergebnis	
	Referenzbereich (bundesweit)	≤ 15,00 %
	Vertrauensbereich	13,85 % - 14,4 %
	Fallzahl	
	Grundgesamtheit/Fallzahl	61
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

56 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Kennzahl-ID	54033
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0,23 % - 1,39 %
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 2,24 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,01 % - 1,05 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	55
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
57 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Nachblutungen oder Blutansammlungen im Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Kennzahl-ID	54040
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 4,28 (95. Perzentil)

Qualitätsbericht 2018

Vertrauensbereich	0,83 % - 0,99 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	(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

58 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID	54042
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	1,29 % - 3,66 %
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 2,17 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,96 % - 1,01 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	61
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

59 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID	54046
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 2,07 (90. Perzentil)
Vertrauensbereich	1 % - 1,07 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	(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

60	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden	
	Kennzahl-ID	54050
	Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	93,47 % - 100 %
	Bundesergebnis	
	Referenzbereich (bundesweit)	≥ 85,00 %
	Vertrauensbereich	95,16 % - 95,52 %
	Fallzahl	
	Grundgesamtheit/Fallzahl	55
	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

61	Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die Brustkrebs im Frühstadium hatten)	
	Kennzahl-ID	2163
	Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
	Art des Wertes	QI

Qualitätsbericht 2018

	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis		
	Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,04 % - 0,19 %
Fallzahl		
	Grundgesamtheit/Fallzahl	(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
62	Die Lymphknoten, die in der Achselhöhle liegen, werden entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die Brustkrebs im Frühstadium haben und bei denen die Brust nicht entfernt wird, sondern brusterhaltend operiert wird)	
	Kennzahl-ID	50719
	Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Bundesergebnis		
	Referenzbereich (bundesweit)	≤ 8,20 % (80. Perzentil)
	Vertrauensbereich	5,42 % - 6,71 %
Fallzahl		
	Grundgesamtheit/Fallzahl	-
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Kommentar / Erläuterung		
	Kommentar extern	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
63	Zwischen dem Zeitpunkt, wann der Brustkrebs festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage	
	Kennzahl-ID	51370
	Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
	Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 16,36 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	3,85 % - 4,17 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	(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

64 Die Feststellung, dass die Patientinnen und Patienten Brustkrebs haben, wurde vor der Behandlung durch eine Gewebeuntersuchung abgesichert

Kennzahl-ID	51846
Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	56,55 % - 100 %
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	97,34 % - 97,57 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	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

65 Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht (in den Wächterlymphknoten siedeln sich die Krebszellen mit hoher Wahrscheinlichkeit zuerst an)

Kennzahl-ID	51847
Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—

Qualitätsbericht 2018

Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,23 % - 96,63 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	(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

66 Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen HER2 nachgewiesen werden konnte und die deswegen eine spezielle medikamentöse Therapie erhalten sollten (HER2 ist eine Eiweißstruktur, die sich bei manchen Patientinnen und Patienten auf der Oberfläche der Tumorzellen befindet)

Kennzahl-ID	52268
Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	12,86 % - 13,38 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	(Datenschutz)

67 Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil möglichst vollständig entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.)

Kennzahl-ID	52279
Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	97,76 % - 98,1 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	-
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	

Qualitätsbericht 2018

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Kommentar / Erläuterung	
Kommentar extern	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

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

Kennzahl-ID	52009
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0,58 % - 1,15 %
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 2,31 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,05 % - 1,07 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	12460
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

69 Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitus Grad/ Kategorie 4)

Kennzahl-ID	52010
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH

Qualitätsbericht 2018

	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	Bundesergebnis	
	Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,01 % - 0,01 %
	Fallzahl	
	Grundgesamtheit/Fallzahl	(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)
70	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	Kennzahl-ID	10271
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	Bundesergebnis	
	Referenzbereich (bundesweit)	≤ 3,12 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	1,06 % - 1,14 %
	Fallzahl	
	Grundgesamtheit/Fallzahl	(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
71	Die geplante Operation, bei der erstmal ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht	
	Kennzahl-ID	54001

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	91,03 % - 98,91 %
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	97,05 % - 97,2 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	94
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

72	Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht	
	Kennzahl-ID	54002
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	79,01 % - 99,23 %
	Bundesergebnis	
	Referenzbereich (bundesweit)	≥ 86,00 %
	Vertrauensbereich	91,99 % - 92,72 %
	Fallzahl	
	Grundgesamtheit/Fallzahl	23
	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

73	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation, bei der ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfand	
	Kennzahl-ID	54003
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI

Qualitätsbericht 2018

Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	7,21 % - 22,28 %
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 15,00 %
Vertrauensbereich	13,48 % - 14,03 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	77
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

74	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden	
	Kennzahl-ID	54004
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	97,47 % - 100 %
	Bundesergebnis	
	Referenzbereich (bundesweit)	≥ 85,00 %
	Vertrauensbereich	95,72 % - 95,9 %
	Fallzahl	
	Grundgesamtheit/Fallzahl	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

75	Das operierte künstliche Hüftgelenk konnte zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend bewegt werden	
	Kennzahl-ID	54010
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	92,57 % - 99,41 %

Qualitätsbericht 2018

Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	98,03 % - 98,16 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	94
76	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	54012
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	1,08 % - 2,7 %
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 2,40 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,98 % - 1,02 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	160
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
77	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)
Kennzahl-ID	54013
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,19 % - 0,23 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	(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
---------------------------------------	---

78

Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)

Kennzahl-ID	54016
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	2,96 % - 13,23 %
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 5,72 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,46 % - 1,57 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	94
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)

79

Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen, (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)

Kennzahl-ID	54017
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 15,15 % (95. Perzentil)

Qualitätsbericht 2018

Vertrauensbereich	5,84 % - 6,54 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	(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

80 **Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)**

Kennzahl-ID	54018
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 11,41 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	4,45 % - 4,79 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	(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

81 **Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)**

Kennzahl-ID	54019
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	2,29 % - 11,85 %
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 7,50 % (95. Perzentil)

Qualitätsbericht 2018

Vertrauensbereich	2,28 % - 2,42 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	94
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

82	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)	
	Kennzahl-ID	50481
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 29,91 %
	Bundesergebnis	
	Referenzbereich (bundesweit)	≤ 10,37 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	2,95 % - 3,55 %
	Fallzahl	
	Grundgesamtheit/Fallzahl	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

83	Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht	
	Kennzahl-ID	54020
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	85,39 % - 98,16 %
	Bundesergebnis	
	Referenzbereich (bundesweit)	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	97,75 % - 97,9 %
	Fallzahl	
	Grundgesamtheit/Fallzahl	56

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

84

Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht

Kennzahl-ID	54021
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	78,47 % - 100 %
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,17 % - 96,68 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	14
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

85

Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht

Kennzahl-ID	54022
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	45,26 % - 93,68 %
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≥ 86,00 %
Vertrauensbereich	92,87 % - 93,72 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	9
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	

Qualitätsbericht 2018

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U33 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog/Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig: Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
---------------------------------------	--

86	Das operierte künstliche Kniegelenk konnte zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend bewegt werden	
	Kennzahl-ID	54026
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
	Vertrauensbereich	82,53 % - 96,01 %
Bundesergebnis		
	Vertrauensbereich	92,79 % - 93,04 %
Fallzahl		
	Grundgesamtheit/Fallzahl	70

87	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	Kennzahl-ID	54028
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
	Vertrauensbereich	0 % - 7,75 %
Bundesergebnis		
	Referenzbereich (bundesweit)	≤ 3,79 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,83 % - 0,95 %
Fallzahl		
	Grundgesamtheit/Fallzahl	74
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

88	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)	
	Kennzahl-ID	54123
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	3,09 % - 15,66 %
	Bundesergebnis	
	Referenzbereich (bundesweit)	≤ 5,00 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	1,35 % - 1,46 %
	Fallzahl	
	Grundgesamtheit/Fallzahl	70
	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
89	Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)	
	Kennzahl-ID	54124
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 5,2 %
	Bundesergebnis	
	Referenzbereich (bundesweit)	≤ 3,89 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	1 % - 1,1 %
	Fallzahl	
	Grundgesamtheit/Fallzahl	70
	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

90	Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)	
	Kennzahl-ID	54125
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 29,91 %
	Bundesergebnis	
	Referenzbereich (bundesweit)	≤ 13,33 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	4,25 % - 4,96 %
	Fallzahl	
	Grundgesamtheit/Fallzahl	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
91	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)	
	Kennzahl-ID	54127
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 5,66 %
	Bundesergebnis	
	Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,03 % - 0,05 %
	Fallzahl	
	Grundgesamtheit/Fallzahl	64
	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

92	Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig	
	Kennzahl-ID	54128
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	92,54 % - 99,92 %
	Bundesergebnis	
	Referenzbereich (bundesweit)	≥ 98,54 % (5. Perzentil)
	Vertrauensbereich	99,76 % - 99,81 %
	Fallzahl	
	Grundgesamtheit/Fallzahl	64
	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
93	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)	
	Kennzahl-ID	50050
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Bundesergebnis	
	Vertrauensbereich	0,89 % - 1,09 %
	Fallzahl	
	Grundgesamtheit/Fallzahl	-
94	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Netzhautschädigungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)	
	Kennzahl-ID	50052
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
	Art des Wertes	TKez

Qualitätsbericht 2018

Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,81 % - 1,05 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	-

95 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Schädigungen der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)

Kennzahl-ID	50053
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,87 % - 1,04 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	-

96 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kindern mit einer Infektion, die sie im Krankenhaus erworben haben (bezogen auf Kinder, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Kennzahl-ID	50060
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Ja
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 2,79 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,87 % - 0,97 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	-
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Kommentar / Erläuterung	

Qualitätsbericht 2018

	Kommentar extern	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	
97	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an beatmeten Kindern mit einer Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (bezogen auf Kinder, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)		
	Kennzahl-ID	50062	
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	
	Art des Wertes	QI	
	Bezug zum Verfahren	QSKH	
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein	
	Bundesergebnis		
	Referenzbereich (bundesweit)	≤ 2,54 (95. Perzentil)	
	Vertrauensbereich	0,87 % - 0,98 %	
	Fallzahl		
	Grundgesamtheit/Fallzahl	-	
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind	
	Kommentar / Erläuterung		
	Kommentar extern	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	
	98	Ein Hörtest wurde durchgeführt	
		Kennzahl-ID	50063
		Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
		Art des Wertes	QI
		Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen		Nein	
Bundesergebnis			
Referenzbereich (bundesweit)		≥ 95,00 %	
Vertrauensbereich		97,77 % - 97,95 %	
Fallzahl			
Grundgesamtheit/Fallzahl		-	
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen			

Qualitätsbericht 2018

	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Kommentar / Erläuterung	
	Kommentar extern	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
99	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36 Grad Celsius festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)	
	Kennzahl-ID	50069
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Bundesergebnis	
	Referenzbereich (bundesweit)	≤ 2,52 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,9 % - 1,05 %
	Fallzahl	
	Grundgesamtheit/Fallzahl	-
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Kommentar / Erläuterung	
	Kommentar extern	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

100		Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36 Grad Celsius festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer von mehr als 31 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)	
Kennzahl-ID		50074	
Leistungsbereich		Versorgung von Früh- und Neugeborenen	
Art des Wertes		QI	
Bezug zum Verfahren		QSKH	
Mit Bezug zu Infektionen		Nein	
Bundesergebnis			
Referenzbereich (bundesweit)		≤ 2,04 (95. Perzentil)	
Vertrauensbereich		0,92 % - 0,98 %	
Fallzahl			
Grundgesamtheit/Fallzahl		-	
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen			
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr		N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind	
Kommentar / Erläuterung			
Kommentar extern		Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	
101		Frühgeborene, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mehr als 31 Wochen)	
Kennzahl-ID		51070	
Leistungsbereich		Versorgung von Früh- und Neugeborenen	
Art des Wertes		QI	
Bezug zum Verfahren		QSKH	
Mit Bezug zu Infektionen		Nein	
Bundesergebnis			
Referenzbereich (bundesweit)		Sentinel-Event	
Vertrauensbereich		0,31 % - 0,38 %	
Fallzahl			
Grundgesamtheit/Fallzahl		-	
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen			

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Kommentar / Erläuterung	
Kommentar extern	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

102	Schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden	
	Kennzahl-ID	51076
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Bundesergebnis	
	Vertrauensbereich	3 % - 3,68 %
	Fallzahl	
	Grundgesamtheit/Fallzahl	-

103	Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden	
	Kennzahl-ID	51078
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Bundesergebnis	
	Vertrauensbereich	3,03 % - 3,91 %
	Fallzahl	
	Grundgesamtheit/Fallzahl	-

104	Schwerwiegende Schädigung der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden	
	Kennzahl-ID	51079
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Bundesergebnis	

Qualitätsbericht 2018

	Vertrauensbereich	5,07 % - 6,07 %
	Fallzahl	
	Grundgesamtheit/Fallzahl	-
105	Sehr kleine Frühgeborene, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden	
	Kennzahl-ID	51832
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Bundesergebnis	
	Vertrauensbereich	3,6 % - 4,34 %
	Fallzahl	
	Grundgesamtheit/Fallzahl	-
106	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an sehr kleinen Frühgeborenen, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)	
	Kennzahl-ID	51837
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Bundesergebnis	
	Vertrauensbereich	0,84 % - 1,01 %
	Fallzahl	
	Grundgesamtheit/Fallzahl	-
107	Schwerwiegende Schädigung des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden	
	Kennzahl-ID	51838
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Bundesergebnis	
	Vertrauensbereich	1,91 % - 2,43 %
	Fallzahl	
	Grundgesamtheit/Fallzahl	-

108	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Schädigungen des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)	
	Kennzahl-ID	51843
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Bundesergebnis	
	Vertrauensbereich	0,8 % - 1,02 %
	Fallzahl	
	Grundgesamtheit/Fallzahl	-
109	Frühgeborene, die verstorben sind oder eine schwerwiegende Hirnblutung, eine schwerwiegende Schädigung des Darms, der Lunge oder der Netzhaut des Auges hatten	
	Kennzahl-ID	51901
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Bundesergebnis	
	Referenzbereich (bundesweit)	≤ 1,91 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,88 % - 0,98 %
	Fallzahl	
	Grundgesamtheit/Fallzahl	-
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Kommentar / Erläuterung	
Kommentar extern	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	
110	Wachstum des Kopfes	
	Kennzahl-ID	52262
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
	Art des Wertes	QI

Qualitätsbericht 2018

Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 21,74 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	9,58 % - 10,53 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	-
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Kommentar / Erläuterung	
Kommentar extern	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

111	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen	
	Kennzahl-ID	2005
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	96,51 % - 99,73 %
	Bundesergebnis	
	Referenzbereich (bundesweit)	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	98,45 % - 98,54 %
	Fallzahl	
	Grundgesamtheit/Fallzahl	205
	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

112	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)	
	Kennzahl-ID	2006
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	TKez

Qualitätsbericht 2018

Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	96,28 % - 99,71 %
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	98,49 % - 98,58 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	192

113 Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)

Kennzahl-ID	2007
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	77,19 % - 100 %
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	96,91 % - 97,56 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	13

114 Behandlung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)

Kennzahl-ID	2009
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	94,01 % - 99,28 %
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	95,01 % - 95,18 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	143
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
115	Körperliche Aktivierung innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus bei Patientinnen und Patienten mit mittlerem Risiko, an einer Lungenentzündung zu versterben	
	Kennzahl-ID	2013
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
	Vertrauensbereich	83,78 % - 95,9 %
Bundesergebnis		
	Referenzbereich (bundesweit)	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	93,74 % - 93,99 %
Fallzahl		
	Grundgesamtheit/Fallzahl	84
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
116	Ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund war, wurde nach festgelegten Kriterien vor Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmt	
	Kennzahl-ID	2028
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
	Vertrauensbereich	94,13 % - 99,54 %
Bundesergebnis		
	Referenzbereich (bundesweit)	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	95,47 % - 95,66 %
Fallzahl		
	Grundgesamtheit/Fallzahl	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

117 Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen	
Kennzahl-ID	50722
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	92,95 % - 98,29 %
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	96,42 % - 96,55 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	200
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

118 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Kennzahl-ID	50778
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0,86 % - 1,57 %
Bundesergebnis	
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 1,58 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,05 % - 1,07 %
Fallzahl	
Grundgesamtheit/Fallzahl	205
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

*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

<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

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP teil:

DMP	
1	Diabetes mellitus Typ 2 <i>Qualitätssicherung durch niedergelassene Ärzte</i>

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Das Waldkrankenhaus nimmt an folgenden Verfahren externer vergleichender Qualitätssicherung teil:

- Qualitätssicherung durch die Initiative Qualitätsmedizin (IQM) <http://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/bonn/ueber-uns/johanniter-qualitaet/initiative-qualitaetsmedizin-igm/initiative-qualitaetsmedizin-igm/>
- Projekt "QS in der Schlaganfallbehandlung in Nordrhein" des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN)
- Qualitätssicherung Anästhesie der DGAI über die Ärztekammer Baden-Württemberg

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_5.0_2017
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:	57
Ausnahme:	MM05: Keine Ausnahme
Ausnahme-Datum:	

C-5.2 Leistungsbereiche, für die im Prognosejahr gemäß Mindestmengenregelungen Mindestmengen erbracht werden sollen

Bezeichnung:	Kniegelenk-Totalendoprothesen
Gesamtergebnis Prognosedarlegung:	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	57
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	73
Prüfung durch Landesverbände:	Ja
Ausnahmetatbestand:	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden:	Nein
Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt:	Nein

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):	57
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	35
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	35

* 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-qualiteatsmedizin.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-qualiteatsmedizin.de>

D-1 Qualitätspolitik

Auf der Grundlage Leitbilds des stationären Johanniter-Verbundes haben wir für die Johanniter-Kliniken Bonn folgende Grundsätze der Qualitäts- und Arbeitsschutzpolitik formuliert, die für alle Bereiche bindend sind.

Unsere Qualität hat einen Auftrag

Wir stellen die Patienten in den Mittelpunkt unseres Handelns.

Wir richten unsere Dienstleistung - die Patientenversorgung - auf die Wünsche und Bedürfnisse unserer Patienten aus. Die Achtung vor der Person jedes Patienten ist uns selbstverständlich.

Unsere Qualität hat einen Ursprung: unsere Mitarbeiter

Wir schätzen unsere Mitarbeiter und ergreifen Maßnahmen, die ein gesundes und sicheres Arbeiten sowie die Vereinbarkeit von Familie und Beruf unterstützen.

Wir ermitteln betriebsspezifische Gefährdungen und minimieren diese durch einen umfassenden und vorbeugenden Arbeitsschutz.

Unsere Qualität setzt Maßstäbe und folgt Maßstäben

Wir wollen das qualitativ und wirtschaftlich führende Gesundheitszentrum für die Menschen im Raum Bonn / Rhein-Sieg sein.

Wir erbringen unsere Leistungen auf hohem Niveau und auf der Grundlage von nationalen und internationalen Leitlinien und Standards.

Unsere Qualität steigert Zufriedenheit

Wir messen die Zufriedenheit unserer Patienten, Mitarbeiter und der niedergelassenen Ärzte.

Wir nutzen Kritik als Chance zur kontinuierlichen Verbesserung und Steigerung der Zufriedenheit.

Unsere Qualität fordert und fördert Kompetenz

Wir nutzen die Fähigkeiten unserer Mitarbeiter durch Einbeziehung in den Verbesserungsprozess und erhöhen deren Zufriedenheit, Motivation und Fachkompetenz.

Wir erweitern unsere Kompetenz durch regelmäßige Fort- und Weiterbildung aller an der Patientenversorgung beteiligten Partner.

Unsere Qualität gewährt Sicherheit

Wir ermitteln und bewerten die Risiken und Chancen unserer Prozesse.

Wir leiten hieraus Maßnahmen zum Wohle der Patienten und unserer Mitarbeiter ab.

Unsere Qualität sichert Erfolg und Wirtschaftlichkeit

Wir arbeiten mit den vorhandenen Ressourcen effizient.

Wir verbessern die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Prozesse patientenorientiert.

Unsere Qualität ist zielgerichtet

Wir leiten aus unseren Grundsätzen strategische und operative Ziele ab.

Wir überprüfen die Zielerreichung, um eine kontinuierliche Verbesserung zu ermöglichen.

D-2 Qualitätsziele

Zur Erreichung der Unternehmensvision wurden folgende Ziele aufgestellt:

- Neuausrichtung des QM-Systems und Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015 (2019)
- Zertifizierung des integrierten Arbeitsschutzes nach MAAS-BGW
- Zertifizierung spezieller Leistungen in Zentren nach den Anforderungen der medizinischen Fachgesellschaften der Onkologie, Orthopädie, Unfallchirurgie und Diabetologie
- Einführung von klinischen Behandlungspfaden in allen medizinischen Abteilungen
- Steigerung der Mitarbeitersicherheit und -zufriedenheit durch familienfreundliche Arbeitsbedingungen, Angebote zu gesundheitsfördernden Maßnahmen, Ausbau des Personalentwicklungskonzepts und des Ideenmanagements
- Hohe Patientenzufriedenheit durch professionelle ärztliche und pflegerische Betreuung und komfortable Unterbringung

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Qualitätsmanagement ist Führungsaufgabe und liegt in den Händen der Klinikdirektion. Gemeinsam mit der Pflegedirektion, den ärztlichen und den kaufmännischen Direktoren trifft die Klinikdirektion alle Entscheidungen von grundsätzlicher Tragweite in der regelmäßig tagenden QM-Steuerungsgruppe. Der Klinikdirektion steht hierbei ein QM-Beauftragter zur Seite, der die Umsetzung der getroffenen Entscheidungen in die Wege leitet und alle regelmäßigen Aufgaben und administrativen Tätigkeiten im Bereich des Qualitätsmanagements wahrnimmt bzw. koordiniert.

Die Abteilungen haben QM-Ansprechpartner benannt, die im QM-Team zusammengeschlossen sind. Sie haben zum einen die Funktion von Bindegliedern zwischen der QM-Steuerungsgruppe und den Abteilungen und setzen zum anderen in Abstimmung mit ihrem Vorgesetzten die Aufgaben des Qualitätsmanagements im Tagesgeschäft in ihrer Abteilung um.

Weitere Aktivitäten des QM-Teams sind die Erarbeitung und Einführung von klinischen Behandlungsstandards in den medizinischen Fachabteilungen, den Aufbau und die Aktualisierung des QM-Handbuchs, sowie die Vor- und Nachbereitung der erfolgreichen Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015 im März 2019.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Im Rahmen des Prozessmanagements sind die Prozesse der direkten Patientenversorgung von der Patientenaufnahme über die Diagnostik, Visiten, Therapie bis hin zur Entlassung festgelegt und verbessert worden. Die Verfahrensanweisungen und alle Standards sind in einem QM-Portal im Intranet niedergelegt und für jeden Mitarbeiter einsehbar.

Die einzelnen Teilprozesse der Patientenversorgung werden in diagnosebezogenen klinischen Behandlungspfaden zu einem transparenten Ablauf für Patienten und Mitarbeiter zusammengefasst. Diese orientieren sich an den evidenzbasierten Behandlungsleitlinien der medizinischen Fachgesellschaften.

Weitere Instrumente des QM sind:

- interne Audits
- Optimierungsworkshops
- Patienten- und Einweiserbefragungen
- Teilnahme an der gesetzlichen Qualitätssicherung und an freiwilligen externen QS-Maßnahmen, insbesondere am IQM-Projekt
- Qualitätszirkel
- Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen
- Beschwerdemanagement
- Fehlermanagement
- Projektmanagement

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Folgende QM-Projekte wurden 2018 durchgeführt:

- Teilnahme an der Initiative Qualitätsmedizin (IQM)
- Ausbau des QM-Systems nach den ISO-Anforderungen
- Ausbau der elektronischen Krankenakte (Krankenhausinformationssystem Orbis)
- Teilnahme an der "Aktion saubere Hände" des RKI
- Ausbau des Risikomanagement
- Zertifizierung des Alterstraumazentrums
- Rezertifizierung des Prostatakrebszentrums
- Etablierung eines Kopf-Hals-Tumorzentrums und Vorbereitung einer Zertifizierung

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement wird in Managementreviews bewertet. Sie werden gem. DIN EN ISO 9001:2015 und MAAS-BGW für die gesamte Klinik und gem. Anforderung der Fachgesellschaften für die einzelnen Zentren erstellt. Eine externe Bewertung findet in den Zertifizierungs- und Überwachungsaudits der Zentren und den externen Audits nach DIN EN ISO 9001:2015 und MAAS-BGW statt. Sowohl bei den Managementbewertungen als auch bei internen und externen Audits werden Stärken und Verbesserungspotenziale aufgezeigt. Hierzu werden Maßnahmen ergriffen, deren Umsetzung mit Hilfe von Maßnahmenplänen dokumentiert und gesteuert wird.

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