



# INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung .....	1
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts .....	4
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....	4
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers .....	5
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....	5
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie .....	5
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	5
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	5
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit .....	6
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	7
A-9 Anzahl der Betten .....	7
A-10 Gesamtfallzahlen .....	7
A-11 Personal des Krankenhauses .....	7
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....	9
A-13 Besondere apparative Ausstattung .....	19
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V .....	19
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen .....	21
B-[1] Allgemeine Chirurgie .....	21
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	21
B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel .....	21
B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	21
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	21
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	22
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	23

B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	23
B-[1].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	23
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	24
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	24
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	24
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	24
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	24
B-[1].11	Personelle Ausstattung .....	24
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	25
B-[1].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	25
B-[1].11.1	Zusatzweiterbildung .....	25
B-[1].11.2	Pflegepersonal .....	25
B-[1].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	26
B-[1].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	26
B-[1].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	26
C	Qualitätssicherung .....	28
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V .....	28
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	41
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .....	41
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	42
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge .....	42
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr.42 2 SGB V .....	42
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 42 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	42
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr .....	43

## Einleitung



Abbildung: Frontansicht der KLINIK DR. WINKLER (Haupteingang)

Die Grundlage für den Qualitätsbericht ist die Verpflichtung durch den Gesetzgeber für alle Krankenhäuser, die gem. § 108 SGB V zugelassen sind. Folgeberichte werden jährlich bis zum 31. Januar durch die Krankenkassen im Internet veröffentlicht.

Durch die Qualitätsberichte sollen unter anderem sowohl eine Transparenz als auch eine Vergleichbarkeit aller oben genannten Krankenhäuser bezüglich ihrer Struktur- bzw. Leistungs- und Qualitätsdaten für die Öffentlichkeit geschaffen werden.

Das wiederum hat den großen Vorteil, dass sich interessierte Parteien, wie die Kostenträger (Krankenkassen und Sozialministerium des entsprechenden Bundeslandes), die Lieferanten, die überweisenden Ärzte, die Gesellschaft, also auch der einzelne Patient, gezielt über das Krankenhaus ihrer Wahl informieren können!

Allerdings sollte dabei beachtet werden, dass die Vorgaben für den Qualitätsbericht gleichermaßen für ein Universitätsklinikum mit mehreren Fachabteilungen, über 1000 Betten und einem Einzugsgebiet von über 1.000.000 Einwohnern gelten wie für eine chirurgische Belegarztambulanz mit einer Fachabteilung, 21 Betten und einem Einzugsgebiet von 45.000 Einwohnern, wie

es die Klinik Dr. Winkler mit ihrer Betreibergesellschaft, der KLV Krankenhausbetriebsgesellschaft mbH & Co. KG, ist.

Der gute Ruf der bereits 1957 gegründeten Klinik Dr. Winkler an der Westküste Schleswig-Holsteins beruht nicht nur auf der Expertise bzw. Kompetenz in ihrem Leistungsspektrum, sondern auf ihrer engen Verzahnung mit dem sozialen Umfeld, den niedergelassenen Ärzten sowie der familiären Struktur des Hauses wie auch den wichtigen Dreiklängen Arzt-Patient-Pflege und Diagnostik-Therapie-postoperative Betreuung.

Letzterer wird unter anderem durch die sehr stark ausgeprägte Kooperation mit dem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) Klinik Dr. Winkler Husum sowie dem benachbarten ambulanten Reha-Zentrum Westküste erreicht.

Die Infrastruktur der Klinik Dr. Winkler befindet sich auf einem sehr modernen Niveau!

Sie wurde umfangreich modernisiert und erweitert. Der OP-Saal besitzt die Raumklasse 1a nach DIN 1946-4, die die höchsten hygienischen Anforderungen an einen OP-Saal stellt. Des Weiteren wird eine computergestützte Instrumentenaufbereitung betrieben. Auf Grund dieser technischen Innovationen können die höchsten Anforderungen an die Hygiene, die Prozessqualität und die Patientensicherheit erfüllt werden.

Die Klinik Dr. Winkler verfügt über Hygienezertifikate für die ‚Aktion saubere Hände‘ und im Bereich "Krankenhausinfektionen" für die Händedesinfektion wie auch für operierte Patienten am Beispiel der Knie-Endoprothetik. Des Weiteren ist die Klinik Qualitätspartner des Verbandes der Privaten Krankenversicherung für das Modul der Knie-Endoprothetik.

Die Patientenzufriedenheit in der Klinik Dr. Winkler ist sehr hoch. Dafür gibt es verschiedene Gründe. Zwei davon sind die individuelle und professionelle Patientenbetreuung - sowohl durch die behandelnden Ärzte als auch durch das Pflegeteam. Des Weiteren werden die Patienten nach dem stationärem Aufenthalt mit sehr detaillierten Anweisungen bzw. Nachbehandlungsplänen für die ambulante Versorgung in ihre häusliche Umgebung übergeleitet.

### Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Gerald Meyes, Verwaltungsleiter und QM-Beauftragter
Telefon:	04841 6911 51
Fax:	04841 6911 59
E-Mail:	linik-winkler@foni.net

Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Dr. med. Volker Wulf, Belegarzt und Ärztlicher Leiter und Prokurist
Telefon:	04841 6911 0
Fax:	04841 6911 59
E-Mail:	linik-winkler@foni.net

## Links:

Link zur Internetseite des Krankenhauses:

<http://www.klinik-winkler.de>

## A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Klinik Dr. Winkler
PLZ:	25813
Ort:	Husum
Straße:	Brinckmannstraße
Hausnummer:	6
IK-Nummer:	260100580
Standort-Nummer:	0
Telefon-Vorwahl:	04841
Telefon:	69110
Krankenhaus-URL:	<a href="http://www.klinik-winkler.de">http://www.klinik-winkler.de</a>

### A-1.1 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	<b>Pflegedienstleitung</b>
Name/Funktion:	Barbara Olszta, Stationsleitung
Telefon:	04841 6911 46
Fax:	04841 6911 59
E-Mail:	<a href="mailto:Klinik-winkler@foni.net">Klinik-winkler@foni.net</a>

Leitung:	<b>Verwaltungsleitung</b>
Name/Funktion:	Gerald Meyes, Verwaltungsleiter und QM-Beauftragter
Telefon:	04841 6911 51
Fax:	04841 6911 59
E-Mail:	<a href="mailto:Klinik-winkler@foni.net">Klinik-winkler@foni.net</a>

Leitung:	<b>Ärztliche Leitung</b>
Name/Funktion:	Dr. med. Volker Wulf, Belegarzt und Geschäftsführer
Telefon:	04841 6911 0
Fax:	04841 6911 59
E-Mail:	<a href="mailto:Klinik-winkler@foni.net">Klinik-winkler@foni.net</a>

## A-1.2 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers:	KLW Krankenhausbetriebsgesellschaft mbH & Co. KG
Träger-Art:	privat

## A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

### Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Trifft nicht zu

## A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

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

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

	MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT
1	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
2	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
3	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
4	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik <i>Handhabung und Gebrauch werden zur verbesserten Überleitung in die poststationäre/ ambulante Therapie geschult.</i>
5	Wundmanagement

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

	LEISTUNGSANGEBOT
1	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen
2	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
3	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
4	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
5	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)

LEISTUNGSANGEBOT	
6	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
7	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)
	<i>Patiententresor vorhanden. Telefon und TV werden gegen Miete angeboten.</i>

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name/Funktion:	Dr. med. Volker Wulf, Arzt
Telefon:	04841 6911 0
Fax:	04841 6911 59
E-Mail:	linik-winkler@foni.net

### A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
2	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen <i>Die Klinik ist komplett ebenerdig.</i>
3	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
4	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
5	Diätetische Angebote
6	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal <i>In den Sprachen: Dänisch, Englisch, Friesisch, Norwegisch, Plattdeutsch, Polnisch und Russisch.</i>
7	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
8	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN	
1	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) <i>Die Famulatur für Chirurgie wird in dem angeschlossenen Medizinischen Versorgungszentrum angeboten.</i>

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN	
1	Podologe und Podologin <i>Praktika können in dem Medizinischen Versorgungszentrum geleistet werden.</i>
2	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin <i>Praktika können hier geleistet und betreut werden.</i>
3	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin <i>Praktika können hier geleistet und betreut werden.</i>

## A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten: 21

## A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	808
Teilstationäre Fallzahl:	0
Ambulante Fallzahl:	0

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

#### BELEGÄRZTINNEN UND BELEGÄRZTE

Anzahl in Personen: 3

*Alle 3 Chirurgen sind auch D-Ärzte. Zwei Chirurgen besitzen die Zusatzbezeichnung "Unfall-Chirurg", einer die Zusatzbezeichnungen "Spezielle Unfallchirurgie" sowie "Sportmedizin und Orthopädie".*

## A-11.2 Pflegepersonal

### MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,50

### GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

**Gesamt:** 10,64

**Beschäftigungsverhältnis:** **Mit:** 10,64 **Ohne:** 0,00

**Versorgungsform:** **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 10,64

davon 6,57 VK auf der  
Chirurgischen Station und  
4,07 VK im OP-Dienst

### PFLEGEHELPERINNEN UND PFLEGEHELFER (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN

**Gesamt:** 3,60

**Beschäftigungsverhältnis:** **Mit:** 3,60 **Ohne:** 0,00

**Versorgungsform:** **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 3,60

davon 2,11 VK auf der  
Chirurgischen Station und  
1,49 VK im OP-Dienst

## A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

## A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

### PHYSIOTHERAPEUTIN UND PHYSIOTHERAPEUT

Gesamt: 0,20

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0,20 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 0,20

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

Bitte beachten Sie auch unsere Rubrik "Qualität" auf unserer Homepage.

Neben der verpflichtenden externen Qualitätssicherung nehmen wir auch am "Endoprothesenregister Deutschland" (EPRD) seit 2014 teil.

Des Weiteren wurden wir 2015 als zweite Klinik in Schleswig-Holstein für den Bereich der Knieendoprothetik "Qualitätspartner der Privaten Krankenversicherung" und werden seitdem jährlich für unsere Ergebnisqualität ausgezeichnet.

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name/Funktion:	Gerald Meyes, Verwaltungsleiter und QM-Beauftragter
Telefon:	04841 6911 51
Fax:	04841 6911 59
E-Mail:	linik-winkler@foni.net

#### A-12.1.2 Lenkungsgremium

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

#### Wenn ja:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	Chirurgische Station, OP, Verwaltung und Haustechnik
Tagungsfrequenz des Gremiums:	monatlich

## A-12.2 Klinisches Risikomanagement

### A-12.2.1 Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person:

eigenständige Position für Risikomanagement

#### Kontaktdaten:

Name/Funktion:	Gerald Meyes, Verwaltungsleiter und QM-Beauftragter
Telefon:	04841 6911 51
Fax:	04841 6911 59
E-Mail:	linik-winkler@foni.net

### A-12.2.2 Lenkungsremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht:

ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement

#### Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	Chirurgische Station, OP, Verwaltung und Haustechnik
Tagungsfrequenz des Gremiums:	monatlich

### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
2	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen  <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QM-System nach DIN EN ISO 9001 (2015). Team-Time-Out. Letzte Aktualisierung: 30.11.2016</i>
3	Entlassungsmanagement  <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
4	Mitarbeiterbefragungen
5	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
6	Sturzprophylaxe  <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
7	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
8	Schmerzmanagement <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
9	Klinisches Notfallmanagement <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
10	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
11	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
12	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
13	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
14	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten  <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Kommunikation mit Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BFARM) und Herstellern. QM-System nach DIN EN ISO 9001 (2015) Letzte Aktualisierung: 30.11.2016</i>
15	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor  <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Externe Qualitätssicherung und Teilnahme am Endo-Prothesen-Register Deutschland (EPRD). QM-System nach DIN EN ISO 9001 (2015) Letzte Aktualisierung: 30.11.2016</i>
16	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust  <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>

### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

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

#### Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems:

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
1	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem  <i>Intervall: quartalsweise</i>
2	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen  <i>Intervall: monatlich</i>

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
3	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor
	Letzte Aktualisierung: 30.06.2019

### Details:

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	monatlich
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:	Logistik: Bestell -und Rechnungswesen, Medikamentenwesen: Kennzeichnung; verbesserte Keimbestimmung für den Antibiotika-Einsatz; Thromboseprophylaxe

### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

#### Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem:	Nein
--	------

### A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

Bitte beachten Sie auch unsere Rubrik "Hygiene" auf unserer Homepage.

Dort werden unter anderem die aktuellen Hygieneberichte veröffentlicht.

#### A-12.3.1 Hygienepersonal

PERSONAL	ANZAHL
Krankenhausthygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	1 <sup>1)</sup>
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	1 <sup>2)</sup>
Hygienefachkräfte (HFK)	1 <sup>3)</sup>
Hygienebeauftragte in der Pflege	1 <sup>4)</sup>

<sup>1)</sup> Es besteht ein Beratungsvertrag mit dem Hygiene-Institut des Universitäts-Klinikum des Landes Schleswig-Holstein (UKSH).

<sup>2)</sup> Dr. med. Katja Clasen

<sup>3)</sup> Schwester Sabrina Nissen

<sup>4)</sup> Schwester Sabrina Nissen

### A-12.3.1.1 Hygienekommission

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

#### Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	Dr. med. Katja Clasen, Hygienebeauftragte Ärztin
Telefon:	04841 6911 0
Fax:	04841 6911 59
E-Mail:	linik-winkler@foni.net

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

#### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

##### Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor:

Auswahl:  Ja

##### Der Standard thematisiert insbesondere:

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

##### Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:

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

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

Auswahl:  Ja

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

Auswahl:  Ja

**Der Standard (Liegedauer) wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:**

Auswahl:  Ja

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

	OPTION	A
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

**Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor:**

Auswahl:  Ja

**Der Standard thematisiert insbesondere:**

	OPTION	AUSWAHL
1	Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe	Ja
2	Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	Ja
3	Indikationsstellung zur 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
4	Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	Ja
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Ja

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

Auswahl:  Ja

### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag):	36,63
Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Nein

### Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

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

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

	OPTION	AUSWAHL
1	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
2	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 ( <a href="http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html">www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html</a> ).	Ja

### Umgang mit Patienten mit MRE (2):

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

### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen <i>Name: Hygienefachkraft-Netzwerktreffen in S-H</i>
2	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen <i>s. Homepage der Klinik: <a href="http://www.klinik-winkler.de">http://www.klinik-winkler.de</a></i>
3	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen <i>Zertifikate für 2016 bis 2018 vorhanden</i>
4	Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten <i>Link zu öffentlich zugänglicher Berichterstattung zu Infektionsraten: <a href="http://www.klinik-winkler.de">http://www.klinik-winkler.de</a></i>
5	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten
6	Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH) <i>Details: Zertifikat Bronze für 2018 und 2019, s. Homepage der Klinik: <a href="http://www.klinik-winkler.de">http://www.klinik-winkler.de</a></i>

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

<input checked="" type="checkbox"/>	HAND-KISS
<input type="checkbox"/>	AMBU-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	OP-KISS
<input type="checkbox"/>	CDAD-KISS
<input type="checkbox"/>	ITS-KISS
<input type="checkbox"/>	MRSA-KISS
<input type="checkbox"/>	NEO-KISS
<input type="checkbox"/>	ONKO-KISS
<input type="checkbox"/>	STATIONS-KISS
<input type="checkbox"/>	SARI

### A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja

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

### Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Gerald Meyes, Verwaltungsleiter und QM-Beauftragter
Telefon:	04841 6911 51
Fax:	04841 6911 59
E-Mail:	linik-winkler@foni.net

## 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:	Verena Wulff, Anästhesie
Telefon:	04841 6911 49
Fax:	04841 6911 59
E-Mail:	linik-winkler@foni.net

### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker:	0
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal:	0
Erläuterungen:	Krankenhausversorgungsvertrag mit einer freien Apotheke liegt vor. Der Apotheker ist für die AMTS in der Klinik tätig.

### A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
2	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
3	Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder
4	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese - Verordnung - Patienteninformation - Arzneimittelabgabe -Arzneimittelanwendung - Dokumentation - Therapieüberwachung - Ergebnisbewertung) <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
5	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

### Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung:

<input checked="" type="checkbox"/>	Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder 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

## A-13 Besondere apparative Ausstattung

## A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Alle Krankenhäuser gewährleisten Notfallversorgung und haben allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern im entgeltrechtlichen Sinne geregelt. Das bedeutet, dass Krankenhäuser, die festgelegte Anforderungen an eine von drei Notfallstufen erfüllen, durch Vergütungszuschläge finanziell unterstützt werden. Krankenhäuser, die die Anforderungen an eine der drei Stufen nicht erfüllen, erhalten keine Zuschläge. Nimmt ein Krankenhaus nicht am gestuften System von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber Abschläge vor.

### A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe vereinbart:  Ja  Nein

### A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

### A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

#### Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung:

Erfüllt:  Ja  Nein

### A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde.  Ja  Nein

Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden.  Ja  Nein

## B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

### B-[1] Allgemeine Chirurgie

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

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Allgemeine Chirurgie
Straße:	Brinckmannstraße
Hausnummer:	6
PLZ:	25813
Ort:	Husum
URL:	<a href="http://www.klinik-winkler.de">http://www.klinik-winkler.de</a>

#### B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(1500) Allgemeine Chirurgie

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

##### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dres. med. Volker, Carsten und Christian Wulf, Decher und Herr Gräßmann, Belegärzte
Telefon:	04841 6911 0
Fax:	04841 6911 59
E-Mail:	<a href="mailto:klinik-winkler@foni.net">klinik-winkler@foni.net</a>
Adresse:	Brinckmannstraße 6
PLZ/Ort:	25813 Husum
URL:	<a href="http://www.klinik-winkler.de">http://www.klinik-winkler.de</a>

## 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

Erläuterungen:

Es bestanden weder in der Vergangenheit, noch bestehen in der Gegenwart Zielvereinbarungen mit den Belegärzten.

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
2	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
3	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
4	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
5	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
6	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
7	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
8	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
9	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
10	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
11	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
12	Portimplantation
13	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
14	Amputationschirurgie
15	Intraoperative Anwendung der Verfahren
16	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
17	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
18	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
19	Bandrekonstruktionen/Plastiken
20	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
21	Traumatologie
22	Konventionelle Röntgenaufnahmen
23	Duplexsonographie
24	Eindimensionale Dopplersonographie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
25	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
26	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
27	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
28	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
29	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
30	Endoprothetik
31	Spezialsprechstunde
32	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
33	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
34	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
35	Sportmedizin/Sporttraumatologie
36	Chirurgie der peripheren Nerven
37	Arthroskopische Operationen
38	Spezialsprechstunde
39	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
40	Wundheilungsstörungen
41	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
42	Handchirurgie
43	Metall-/Fremdkörperentfernungen
44	Schulterchirurgie
45	Fußchirurgie

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

Vollstationäre Fallzahl:	808
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	126
2	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	81
3	K40	Hernia inguinalis	78
4	I83	Varizen der unteren Extremitäten	70
5	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	49

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	42
7	M94	Sonstige Knorpelkrankheiten	36
8	M67	Sonstige Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	28
9	M75	Schulterläsionen	28
10	S52	Fraktur des Unterarmes	21

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	314
2	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	275
3	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	267
4	5-786	Osteosyntheseverfahren	177
5	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	146
6	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	142
7	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	138
8	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	126
9	8-390	Lagerungsbehandlung	125
10	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	79

## B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM FÜR CHIRURGIE UND ANÄSTHESIE
	Belegarztpraxis am Krankenhaus
	<i>Leistungsangebot wie in der Klinik</i>

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

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

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

## B-[1].11 Personelle Ausstattung

s. A-11

### B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

#### BELEGÄRZTINNEN UND BELEGÄRZTE

Anzahl in Personen:	3
Fälle je Anzahl:	269,3

*Dres. med. Wulf, Decher und Herr Gräßmann sind als Belegärzte tätig.*

#### B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Allgemeinchirurgie

#### B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Spezielle Unfallchirurgie
2	Sportmedizin

### B-[1].11.2 Pflegepersonal

#### MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,50

#### GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 10,64

*davon sind 4,07 VK im OP tätig*

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 10,64 Ohne: 0,00

Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 10,64
		Fälle je Anzahl: 75,9
		6,57 VK auf der Chirurgischen Station und 4,07 VK im OP-Dienst

**PFLEGEHELPERINNEN UND PFLEGEHELFER (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt:	3,60	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 3,60	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 3,60
		Fälle je Anzahl: 224,4
		2,11 VK auf der Chirurgischen Station und 1,49 VK im OP-Dienst

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Intensiv- und Anästhesiepflege
2	Hygienefachkraft
3	Hygienebeauftragte in der Pflege

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

s. A-11 und A-12

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Entlassungsmanagement
2	Qualitätsmanagement
3	Wundmanagement
4	Dekubitusmanagement

## **B-[1].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

## C Qualitätssicherung

Bitte beachten Sie auch unsere Rubrik "Qualität" auf unserer Homepage.

Dort werden unter anderem die aktuellen Qualitätsberichte veröffentlicht.

### 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	Knieendoprothesenve (KEP)	125	100
2	Knieendoprothesenim (KEP_IMP)	125	100

#### C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

##### C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

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

1	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	
	Ergebnis-ID	52009
	Leistungsbereich	Pflege: Dekubitusprophylaxe
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</a>  Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</a></p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 4,43 %</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>≤ 2,13 (95. Perzentil)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,98 % - 1 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>0,86</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>777</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>
<p>2</p>	<p><b>Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4</b></p>
<p><b>Ergebnis-ID</b></p>	<p><b>52010</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Pflege: Dekubitusprophylaxe</p>
<p>Art des Wertes</p>	<p>QI</p>
<p>Bezug zum Verfahren</p>	<p>QSKH</p>
<p>Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 0,47 %
-------------------	--------------

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel Event
Vertrauensbereich	0 % - 0,01 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	777

#### QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

### 3 Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2

Ergebnis-ID	52326
Leistungsbereich	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,3 % - 0,31 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
<b>KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG</b>		
	Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind.
<b>4</b>	<b>Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3</b>	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>521801</b>
	Leistungsbereich	Pflege: Dekubitusprophylaxe
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</a></p>

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,05 % - 0,06 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind.

5	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
---	--

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50481</b>
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a>

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 11,00 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	3,05 % - 3,66 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind.
<b>6 Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54020</b>
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Vertrauensbereich	96,73 % - 100 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	97,87 % - 98,02 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	111
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	111
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>7 Indikation zur unikondylären Schlittenprothese</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54021</b>
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
Vertrauensbereich	76,84 % - 100 %	
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	≥ 90,00 %	
Vertrauensbereich	96,39 % - 96,86 %	
<b>FALLZAHL</b>		
Beobachtete Ereignisse	14	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	14	
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert	
<b>8 Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</b>		
Ergebnis-ID	54022	
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 86,00 %
Vertrauensbereich	93,61 % - 94,41 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

#### QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

#### KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind.
--	--

#### 9 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54028</b>
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gr](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr)  
Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gr](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr)  
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 0 % - 7,89 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich ≤ 4,24 (95. Perzentil)

Vertrauensbereich 0,85 % - 0,98 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse 0,47

Grundgesamtheit 125

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ➔ unverändert

10		Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	
Ergebnis-ID		54123	
Leistungsbereich		Knieendoprothesenversorgung	
Art des Wertes		QI	
Bezug zum Verfahren		QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p>	
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>			
Ergebnis (Einheit)		—	
Vertrauensbereich		—	
<b>BUNDESERGEBNIS</b>			
Bundesdurchschnitt		-1	
Referenzbereich		≤ 4,70 % (95. Perzentil)	
Vertrauensbereich		1,2 % - 1,31 %	
<b>FALLZAHL</b>			
Beobachtete Ereignisse		(Datenschutz)	
Erwartete Ereignisse		(Datenschutz)	
Grundgesamtheit		(Datenschutz)	
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>			
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr		<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↔ unverändert	
11		Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	
Ergebnis-ID		54124	
Leistungsbereich		Knieendoprothesenversorgung	
Art des Wertes		QI	
Bezug zum Verfahren		QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 2,91 %
-------------------	--------------

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,73 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,93 % - 1,02 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	125

#### QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

12

#### Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

Ergebnis-ID	54125
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>≤ 13,45 % (95. Perzentil)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>3,92 % - 4,6 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>-</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p><b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p><b>KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG</b></p>	
<p>Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle</p>	<p>Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind.</p>
<p>13</p>	<p><b>Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</b></p>
<p><b>Ergebnis-ID</b></p>	<p><b>54127</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Knieendoprothesenversorgung</p>
<p>Art des Wertes</p>	<p>QI</p>
<p>Bezug zum Verfahren</p>	<p>QSKH</p>
<p>Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 2,93 %
-------------------	--------------

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
--------------------	----

Referenzbereich	Sentinel Event
-----------------	----------------

Vertrauensbereich	0,03 % - 0,05 %
-------------------	-----------------

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
------------------------	---

Erwartete Ereignisse	-
----------------------	---

Grundgesamtheit	124
-----------------	-----

#### QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
---------------------------------------	---

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
--	---------------

14

#### Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf

Ergebnis-ID	54128
-------------	-------

Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
------------------	-----------------------------

Art des Wertes	QI
----------------	----

Bezug zum Verfahren	QSKH
---------------------	------

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
--	------

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a>          Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Vertrauensbereich	97,34 % - 100 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 98,46 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich	99,73 % - 99,78 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	111
Erwartete Ereignisse	0
Grundgesamtheit	111
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

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

**Angabe, ob auf Landesebene über die nach den §§ 136a und 136b SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgehende landesspezifische, verpflichtend Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V vereinbart wurden:**

- Es wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.
- Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

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

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

## C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge

### C-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind

Bezeichnung:	Kniegelenk-Totalendoprothesen
Erbrachte Menge:	111
Begründung:	

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

Bezeichnung:	Kniegelenk-Totalendoprothesen
Gesamtergebnis Prognosedarlegung:	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	111
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	89
Prüfung durch Landesverbände:	Ja
Ausnahmetatbestand:	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden:	Nein
Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt:	Nein

## C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

## 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):	3
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	3
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	3

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

## C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

### C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

### C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG