



Qualitätsbericht

2016

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung	1
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	3
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	3
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	4
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	4
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	4
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	4
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	4
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	5
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	6
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	6
A-10 Gesamtfallzahlen	6
A-11 Personal des Krankenhauses	6
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	8
A-13 Besondere apparative Ausstattung	17
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	18
B-[1] Allgemeine Chirurgie	18
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	18
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	18
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	19
B-[1].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	20
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	20
B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD	20
B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	22

B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	23
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	23
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	23
B-[1].11	Personelle Ausstattung	24
C	Qualitätssicherung	27
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	27
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	34
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	35
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	35
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	35
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	35
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	35

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 der großen chirurgischen Gemeinschaftspraxis der Dres. med. V. Wulf, C. Decher,

K. Clasen und Herrn Chr. Gräßmann sowie dem benachbarten ambulanten Reha-Zentrum Westküste erreicht.

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

Sie wurde in den Jahren 2009/2010 umfangreich modernisiert und erweitert. In 2013 wurde ein neuer OP-Bereich gebaut und in Betrieb genommen, der durch eine innovative Klima- Lüftungstechnik verwirbelungsfreie und keimfreie Luft über dem Operationsgebiet zur Verfügung stellt. Der OP-Saal besitzt somit die Raumklasse 1a nach DIN 1946-4. Des Weiteren wurde eine computergestützte Instrumentenaufbereitung in Betrieb genommen.

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" sowohl für die Händedesinfektion als auch für operierte Patienten am Beispiel der Knie-Endoprothetik.

Die Patientenzufriedenheit in der Klinik Dr. Winkler ist sehr hoch. Eine Auswertung der "Weißen Liste" der Bertelsmann-Stiftung zur Patientenzufriedenheit erfolgte durch den NDR mit dem Datenbestand von Juni 2014. Untersucht wurden die Bundesländer Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen sowie Schleswig-Holstein. Dabei erreichte die Klinik Dr. Winkler im länderübergreifenden Vergleich den achten Platz und in Schleswig-Holstein einen hervorragenden vierten Platz.

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 Geschäftsführer
Telefon:	04841 6911 0
Fax:	04841 6911 59
E-Mail:	linik-winkler@foni.net

Links:

Link zur Homepage 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
Krankenhaus-URL:	http://www.klinik-winkler.de

A-1.1 Leitung des Krankenhauses/Standorts

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

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

Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Barbara Olszta, Stationsleitung
Telefon:	04841 6911 46
Fax:	04841 6911 59
E-Mail:	linik-winkler@foni.net

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 Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität) <i>Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten: Nach Voranmeldung werden individuelle Speisen durch den Cateringdienst angeboten.</i>
2	Hotelleistungen
3	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer
4	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen

LEISTUNGSANGEBOT	
	<p>Max. Kosten pro Stunde: 0 € Max. Kosten pro Tag: 0 €</p>
5	<p>Rundfunkempfang am Bett</p> <p>Kosten pro Tag: 0 €</p> <p>Im TV integriert.</p>
6	<p>Telefon am Bett</p> <p>Kosten pro Tag: 2 € Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,15 € Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0 €</p> <p>Ab dem 15. Tag kostenlos.</p>
7	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
8	<p>Fernsehgerät am Bett/im Zimmer</p> <p>Kosten pro Tag: 2 €</p> <p>Radio integriert. Ab dem 15. Tag kostenlos.</p>
9	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
10	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
11	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
12	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung
2	<p>Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen</p> <p>Die Klinik ist komplett ebenerdig.</p>
3	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
4	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
5	Diätetische Angebote
6	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit
7	<p>Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal</p> <p>In den Sprachen: Dänisch, Englisch, Friesisch, Norwegisch, Plattdeutsch, Polnisch und Russisch.</p>

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 der angeschlossenen Chirurgischen Gemeinschaftspraxis angeboten.</i>

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN	
1	Podologe und Podologin <i>Praktika können in der Chirurgischen Gemeinschaftspraxis geleistet werden.</i>
2	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin <i>Praktika können hier geleistet und betreut werden.</i>

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten: 21

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	868
Teilstationäre Fallzahl:	0
Ambulante Fallzahl:	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

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:

38,5

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

Gesamt: 10,82

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 10,82 **Ohne:** 0

Versorgungsform: **Ambulant:** 0 **Stationär:** 10,82

7,25 VK auf der
Chirurgischen Station und
3,57 VK im OP-Dienst

KRANKENPFLEGEHELPER UND KRANKENPFLEGEHELPERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 3,6

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 3,6 **Ohne:** 0

Versorgungsform: **Ambulant:** 0 **Stationär:** 3,6

1,74 VK auf der
Chirurgischen Station und
1,86 VK im OP-Dienst

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 1,2

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 1,2 **Ohne:** 0

Versorgungsform: **Ambulant:** 0 **Stationär:** 1,2

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

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

PHYSIOTHERAPEUT UND PHYSIOTHERAPEUTIN

Gesamt: 0,2

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0,2 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0,2

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	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
6	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
7	Sturzprophylaxe <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
8	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
9	Schmerzmanagement <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
10	Klinisches Notfallmanagement <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
11	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
12	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
13	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
14	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
15	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>
16	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>
17	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: 30.06.2016

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:	Wärmemanagement für Patienten, Logistik: Bestell -und Rechnungswesen, Medikamentenwesen: Kennzeichnung

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
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1 ¹⁾
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	1 ²⁾
Hygienefachkräfte (HFK)	1 ³⁾
Hygienebeauftragte in der Pflege	1 ⁴⁾

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

²⁾ Dr. med. Katja Clasen

³⁾ Schwester Sabrina Nissen

⁴⁾ 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

1. 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

2. 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 Antibiotikaprophylaxe 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

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

Auswahl: Ja

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 für das Berichtsjahr erhoben: Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch (Einheit: ml/Patiententag):

... auf allen Intensivstationen:	0
... auf allen Allgemeinstationen:	46

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 Besiedelung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html).	Ja

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: http://www.klinik-winkler.de</i>
3	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen <i>Zertifikate für 2015 und 2016 vorhanden</i>
4	Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten <i>Link zu öffentlich zugänglicher Berichterstattung zu Infektionsraten: http://www.klinik-winkler.de</i>
5	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten
6	Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH)

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME

Details: Zertifikat Bronze

für 2016 und 2017, s. Homepage der Klinik: <http://www.klinik-winkler.de>

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

<input checked="" type="checkbox"/>	HAND-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	OP-KISS
<input type="checkbox"/>	AMBU-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
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 Patientenführsprecher oder eine Patientenführsprecherin 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-13 Besondere apparative Ausstattung

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

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(1500) Allgemeine Chirurgie

B-[1].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Dres. med. Volker, Carsten und Christian Wulf, Decher und Herr Gräßmann, Belegärzte
Telefon:	04841 6911 0
Fax:	04841 6911 59
E-Mail:	klinik-winkler@foni.net

B-[1].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Brinckmannstraße 6
PLZ/Ort:	25813 Husum
URL:	http://www.klinik-winkler.de

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V:

Keine Vereinbarung 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	Fußchirurgie
10	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
11	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
12	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
13	Portimplantation
14	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
15	Amputationschirurgie
16	Intraoperative Anwendung der Verfahren
17	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
18	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
19	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
20	Bandrekonstruktionen/Plastiken
21	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
22	Traumatologie
23	Konventionelle Röntgenaufnahmen
24	Duplexsonographie

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

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

s. A-7

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

Vollstationäre Fallzahl:	868
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[1].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M94	Sonstige Knorpelkrankheit	122
2	M17	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes	109
3	M23	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes	75
4	M20	Nicht angeborene Verformungen von Fingern bzw. Zehen	65
5	S83	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung des Kniegelenkes bzw. seiner Bänder	61
6	K40	Leistenbruch (Hernie)	56
7	M75	Schulterverletzung	40
8	M67	Sonstige Gelenkhaut- bzw. Sehnenkrankheit	30
9	I83	Krampfadern der Beine	28
10	K64	Hämorrhoiden und Verschluss der Venen in der Nähe des Darmausgangs durch ein Blutgerinnsel	24
11	M22	Krankheit der Kniescheibe	23
12	S52	Knochenbruch des Unterarmes	21
13	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	14
14	L05	Eitrige Entzündung in der Gesäßfalte durch eingewachsene Haare - Pilonidalsinus	14
15	S82	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	13
16	M21	Sonstige nicht angeborene Verformungen von Armen bzw. Beinen	12
17	M72	Gutartige Geschwulstbildung des Bindegewebes	11
18	K42	Nabelbruch (Hernie)	9
19	M19	Sonstige Form des Gelenkverschleißes (Arthrose)	8
20	S86	Verletzung von Muskeln bzw. Sehnen in Höhe des Unterschenkels	8
21	M70	Krankheit des Weichteilgewebes aufgrund Beanspruchung, Überbeanspruchung bzw. Druck	8
22	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	7
23	S92	Knochenbruch des Fußes, außer im Bereich des oberen Sprunggelenkes	6
24	Q66	Angeborene Fehlbildung der Füße	6
25	D17	Gutartiger Tumor des Fettgewebes	5

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
26	L03	Eitrige, sich ohne klare Grenzen ausbreitende Entzündung in tiefer liegendem Gewebe - Phlegmone	5
27	S43	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung von Gelenken bzw. Bändern des Schultergürtels	5
28	M18	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Daumensattelgelenkes	5
29	L02	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen	4
30	M24	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigung	4

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[1].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	618
2	5-810	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung	444
3	5-786	Operative Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	257
4	5-892	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut	210
5	5-788	Operation an den Fußknochen	207
6	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	203
7	1-482	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) bei einer Gelenkspiegelung	136
8	8-390	Behandlung durch spezielle Formen der Lagerung eines Patienten im Bett, z.B. Lagerung im Schlingentisch oder im Spezialbett	110
9	5-822	Operatives Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	109
10	5-808	Operative Gelenkversteifung	74
11	5-782	Operative Entfernung von erkranktem Knochengewebe	59
12	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	56
13	5-814	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks durch eine Spiegelung	50
14	5-385	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein	49
15	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	34
16	1-653	Untersuchung des Enddarms durch eine Spiegelung	34
17	1-654	Untersuchung des Mastdarms durch eine Spiegelung	33

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
18	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	32
19	5-800	Offener operativer Eingriff an einem Gelenk	31
20	5-896	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut	31
21	5-854	Wiederherstellende Operation an Sehnen	25
22	5-813	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern im Kniegelenk durch eine Spiegelung	24
23	5-855	Nähen bzw. sonstige Operation an einer Sehne oder einer Sehnenscheide	23
24	5-869	Sonstige Operation an Knochen, Muskeln bzw. Gelenken	22
25	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	22
26	5-805	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks	19
27	8-190	Spezielle Verbandstechnik	19
28	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	18
29	5-894	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	18
30	1-697	Untersuchung eines Gelenks durch eine Spiegelung	17

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	CHIRURGISCHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS
	Belegarztpraxis am Krankenhaus
	<i>Leistungsangebot wie in der Klinik</i>
2	GEMEINSCHAFTSPRAXIS FÜR ANÄSTHESIE
	Belegarztpraxis am Krankenhaus

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

B-[1].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

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

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

Anzahl in Personen:	3
Fälle je Anzahl:	289,3

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:

38,5

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

Gesamt:	10,82
---------	-------

davon sind 3,57 VK im OP tätig

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 10,82	Ohne: 0
Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär: 10,82
		Fälle je Anzahl: 80,2
		7,25 VK auf der Chirurgischen Station und 3,57 VK im OP-Dienst

KRANKENPFLEGEHELPER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	3,6	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 3,6	Ohne: 0
Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär: 3,6
		Fälle je Anzahl: 241,1
		1,74 VK auf der Chirurgischen Station und 1,86 VK im OP-Dienst

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	1,2	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1,2	Ohne: 0
Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär: 1,2
		Fälle je Anzahl: 723,3

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Intensivpflege und Anästhesie
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

BEWEGUNGSTHERAPEUTEN, KRANKENGYMNASTEN, PHYSIOTHERAPEUTEN

Gesamt:	0,2		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,2	Ohne: 0	
Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär: 0,2	
		Fälle je Anzahl:	4340,0

C Qualitätssicherung

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

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (BQS-Verfahren)

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
1	Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
2	Knieendoprothesenve (KEP)	109	100
3	Knieendoprothesenve Knieendoprothesen- Erstimplantation einschl. Knie- Schlittenprothesen (KEP_IMP)	108	100
4	Knieendoprothesenve Knieendoprothesenw und - komponentenwechsel (KEP_WE)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>

C-1.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

C-1.2.A Qualitätsindikatoren, die vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertet wurden

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	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür erwarben - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	52009
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0
	Vertrauensbereich	0 % - 2,51 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,95
	Referenzbereich	= 1,95 (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,94 % - 0,96 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	1,52
	Grundgesamtheit	834
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

2	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 4. Grades/der Kategorie 4 erworben	
	Kennzahl-ID	52010
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	0 % - 0,44 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,01
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,01 % - 0,01 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	834
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
3	Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	
	Kennzahl-ID	54020
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	96,61 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	97,43
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	97,34 % - 97,51 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	107
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	107
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
4	Angebrachter Grund für einen künstlichen Teilersatz des Kniegelenks	
	Kennzahl-ID	54021
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/.</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>—</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>—</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>94,25</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>>= 90,00 % (Zielbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>93,91 % - 94,57 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p>H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG</p>	
<p>Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses</p>	<p>Fehler bei der Dateneingabe: 2016 wurden keine unicodylären Knieendoprothesen implantiert.</p>
<p>5</p>	<p>Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile</p>
<p>Kennzahl-ID</p>	<p>54022</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	91,02
Referenzbereich	>= 86,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	90,6 % - 91,43 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

6 Vorbeugende Gabe von Antibiotika

Kennzahl-ID	54023
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	96,67 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	99,75
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	99,73 % - 99,77 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	109
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	109
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

7	Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus	
	Kennzahl-ID	54026
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	95,37 %
	Vertrauensbereich	89,5 % - 98,52 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	92,03
	Referenzbereich	>= 80,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	91,9 % - 92,16 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	103
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	108

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
8	Patienten, die bei Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Kennzahl-ID	54028
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,72
Referenzbereich	= 3,41 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,67 % - 0,76 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

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

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

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

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

	LEISTUNGSBEREICH	MINDESTMENGE	ERBRACHTE MENGE (IM BERICHTSJAHR)	AUSNAHMETATBEST
1	Kniegelenk-Totalendoprothesen	50	108	

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).