

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].1.1 Fachabteilungsschlüssel	18
B-[1].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefarztin	18
B-[1].1.3 Weitere Zugänge	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].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	21
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	21
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	21
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	21
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	21
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	22
B-[1].11	Personelle Ausstattung	22
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen	22
B-[1].11.1.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	22
B-[1].11.1.1	Zusatzweiterbildung	22
B-[1].11.1.2	Pflegepersonal	22
B-[1].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	23
B-[1].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	23
B-[1].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	24
C	Qualitätssicherung	25
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	25
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	33
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	33
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	33
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	33
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr.33 2 SGB V	
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 34 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	

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 umfangreich modernisiert und erweitert. Unter anderem 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, die die höchsten hygienischen Anforderungen an einen OP-Saal stellt. 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" 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 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:	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

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Gerald Meyes, Verwaltungsleiter und QM-Beauftragter
Telefon:	04841 6911 51
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

LEISTUNGSANGEBOT	
4	<p>Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen</p> <p><i>Max. Kosten pro Stunde: 0 €</i> <i>Max. Kosten pro Tag: 0 €</i></p>
5	<p>Rundfunkempfang am Bett</p> <p><i>Kosten pro Tag: 0 €</i></p> <p><i>Im TV integriert.</i></p>
6	<p>Telefon am Bett</p> <p><i>Kosten pro Tag: 2 €</i> <i>Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,15 €</i> <i>Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0 €</i></p> <p><i>Ab dem 15. Tag kostenlos.</i></p>
7	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
8	<p>Fernsehgerät am Bett/im Zimmer</p> <p><i>Kosten pro Tag: 2 €</i></p> <p><i>Radio integriert. Ab dem 15. Tag kostenlos.</i></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><i>Die Klinik ist komplett ebenerdig.</i></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><i>In den Sprachen: Dänisch, Englisch, Friesisch, Norwegisch, Plattdeutsch, Polnisch und Russisch.</i></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>
3	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin <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:	896
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:

38,50

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

Gesamt: 10,50

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 10,50 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 10,50

7,0 VK auf der
Chirurgischen Station und
3,5 VK im OP-Dienst

KRANKENPFLEGEHELPER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 3,60

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

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

1,74 VK auf der
Chirurgischen Station und
1,83 VK im OP-Dienst

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

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

PHYSIOTHERAPEUT UND PHYSIOTHERAPEUTIN

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	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

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
	<i>Intervall: monatlich</i>
3	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor
	<i>Letzte Aktualisierung: 30.06.2016</i>

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
Krankenhaustygieniker und Krankenhaustygienikerinnen	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

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 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):	43
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 (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 2016 und 2017 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) <i>Details: Zertifikat Bronze für 2017 und 2018, s. Homepage der Klinik: http://www.klinik-winkler.de</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 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

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Bewerdeauswertung).	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-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 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	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
46	Metall-/Fremdkörperentfernungen
47	Schulterchirurgie
48	Fußchirurgie

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

s. A-7

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

Vollstationäre Fallzahl:	896
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	117
2	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	81
3	K40	Hernia inguinalis	78
4	M94	Sonstige Knorpelkrankheiten	76
5	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	56
6	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	50
7	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	38
8	M75	Schulterläsionen	38
9	I83	Varizen der unteren Extremitäten	33
10	M67	Sonstige Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	25

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	422
2	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	387
3	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	259
4	5-786	Osteosyntheseverfahren	225
5	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	173
6	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	165
7	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	117
8	8-390	Lagerungsbehandlung	116
9	1-482	Arthroskopische Biopsie an Gelenken	85
10	5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	79

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].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:	298,7

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

Gesamt: 10,50

davon sind 3,5 VK im OP tätig

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 10,50 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 10,50

Fälle je Anzahl: 85,3

7,00 VK auf der Chirurgischen Station und 3,57 VK im OP-Dienst

KRANKENPFLEGEHELPER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 3,60

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

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

Fälle je Anzahl: 248,9

1,74 VK auf der Chirurgischen Station und 1,83 VK im OP-Dienst

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
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:		0,20	
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	0,20	Ohne: 0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär: 0,20
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl: 4480,0

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
1	Knieendoprothesenve (KEP)	118	100
2	Knieendoprothesenve Knieendoprothesen- Erstimplantation einschl. Knie- Schlittenprothesen (KEP_IMP)	117	100
3	Knieendoprothesenve Knieendoprothesenw und - komponentenwechsel (KEP_WE)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
<i>Die Dokumentationsrate in diesem Zählleistungsbereich der Knieendoprothesenversorgung ist durch verfahrenstechnische Ursachen ggf. teilweise nicht korrekt darstellbar. Die Dokumentationsrate ist im gesamten Leistungsbereich der Knieendoprothesenversorgung dargestellt.</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	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts eine erhebliche Schädigung der Haut durch Druck erworben haben, die bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke reicht (Grad/Kategorie 4)	
	Kennzahl-ID	52010
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 0,4 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,01 % - 0,01 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	869
	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	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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 96,87 % - 100 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich >= 90,00 % (Zielbereich)

Vertrauensbereich 97,56 % - 97,72 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 116

Erwartete Ereignisse -

Grundgesamtheit 116

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

3 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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit) —

Vertrauensbereich —

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich >= 90,00 % (Zielbereich)

Vertrauensbereich 95,65 % - 96,2 %

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
4	Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile
Kennzahl-ID	54022
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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 86,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	90,47 % - 91,28 %
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

5	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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	91,44 % - 99,11 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 80,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	92,29 % - 92,54 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	113
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	117
	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
6	Patienten, die bei Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
	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. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjaheresultaten 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 % - 4,72 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich = 4,22 (95. Perzentil, Toleranzbereich)

Vertrauensbereich 0,88 % - 1 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse 0,79

Grundgesamtheit 117

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 Spezifische Komplikationen beim geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks

Kennzahl-ID 54124

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	0 % - 3,1 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 4,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	1,04 % - 1,14 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	117
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	Spezifische Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile auftreten	
	Kennzahl-ID	54125
	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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 14,70 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	4,71 % - 5,33 %
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

9	Todesfälle während des Krankenhausaufenthaltes bei Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu sterben
Kennzahl-ID	54127
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. 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/qs-verfahren/.</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 3,45 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,03 % - 0,05 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	105
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 BERICHTSJAHRE)	AUSNAHMETATBEST
1	Kniegelenk-Totalendoprothesen	50	116	

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).