

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung	1
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	4
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	4
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	5
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	5
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	5
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	5
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	5
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	6
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	7
A-9 Anzahl der Betten	7
A-10 Gesamtfallzahlen	7
A-11 Personal des Krankenhauses	7
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	9
A-13 Besondere apparative Ausstattung	19
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	20
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	21
B-[1] Allgemeine Chirurgie	21
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	21
B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel	21
B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	21
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	21
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	22
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	23

B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD	23
B-[1].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	23
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	24
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	24
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	24
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	24
B-[1].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	24
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	24
B-[1].11	Personelle Ausstattung	24
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen	25
B-[1].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	25
B-[1].11.1	Zusatzweiterbildung	25
B-[1].11.2	Pflegepersonal	25
B-[1].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	26
B-[1].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	26
B-[1].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	26
C	Qualitätssicherung	28
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	28
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	28
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	28
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	28
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr.29 2 SGB V	
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 29 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	29

Einleitung



Abbildung: Frontansicht der KLINIK DR. WINKLER (Haupteingang)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Verantwortliche:

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

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

Links:

Link zur Internetseite des Krankenhauses:

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

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Klinik Dr. Winkler
PLZ:	25813
Ort:	Husum
Straße:	Brinckmannstraße
Hausnummer:	6
IK-Nummer:	260100580
Standort-Nummer:	0
Telefon-Vorwahl:	+49 4841
Telefon:	6911 0
Krankenhaus-URL:	http://www.klinik-winkler.de

A-1.1 Leitung des Krankenhauses/Standorts

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

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Gerald Meyes, Verwaltungsleiter und QM-Beauftragter
Telefon:	04841 6911 51
Fax:	04841 6911 59
E-Mail:	Klinik-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:	Klinik-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 Ernährungsbedarfen
2	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
3	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
4	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
5	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)

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

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

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

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

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

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

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

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

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

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten: 21

A-10 Gesamtfallzahlen

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

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

BELEGÄRZTINNEN UND BELEGÄRZTE

Anzahl in Personen: 3

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

A-11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,50

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

Gesamt: 10,64

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

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

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

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

Gesamt: 3,60

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

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

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

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

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

PHYSIOTHERAPEUTIN UND PHYSIOTHERAPEUT

Gesamt: 0,20

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

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

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

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

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

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

A-12.1.1 Verantwortliche Person

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

A-12.1.2 Lenkungsgremium

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

Wenn ja:

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

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person:

eigenständige Position für Risikomanagement

Kontaktdaten:

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

A-12.2.2 Lenkungsremium

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

ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement:

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

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

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

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

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

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

Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems:

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

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

Details:

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

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):

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

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

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

Dort werden unter anderem die aktuellen Hygieneberichte veröffentlicht.

A-12.3.1 Hygienepersonal

PERSONAL	ANZAHL
Krankenhausthygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	1 ¹⁾
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	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 (Liegedauer) wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe 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 Antibiotikaprofylaxe liegt vor:

Auswahl: Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

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

Auswahl: Ja

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

Auswahl: Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:

Auswahl: Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

	OPTION	AUSWAHL
1	Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	Ja
2	Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	Ja
3	Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
4	Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	Ja
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Ja

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

Auswahl: Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

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

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

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

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

	OPTION	AUSWAHL
1	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja
2	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (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 bis 2018 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</i> <i>für 2018 und 2019, 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 type="checkbox"/>	AMBU-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	OP-KISS
<input type="checkbox"/>	CDAD-KISS
<input type="checkbox"/>	ITS-KISS
<input type="checkbox"/>	MRSA-KISS
<input type="checkbox"/>	NEO-KISS
<input type="checkbox"/>	ONKO-KISS
<input type="checkbox"/>	STATIONS-KISS
<input type="checkbox"/>	SARI

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

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

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

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

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

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

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

A-12.5.2 Verantwortliche Person

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

Kontaktdaten:

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

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

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

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

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

<input checked="" type="checkbox"/>	Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs
<input type="checkbox"/>	Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs
<input checked="" type="checkbox"/>	Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Aushändigung des Medikationsplans
<input checked="" type="checkbox"/>	bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten
<input type="checkbox"/>	Sonstiges

A-13 Besondere apparative Ausstattung

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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe vereinbart: Nein

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung:

Erfüllt: Nein

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

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

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

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Allgemeine Chirurgie

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

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

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(1500) Allgemeine Chirurgie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dres. med. Volker, Carsten und Christian Wulf, Decher und Herr Gräßmann, Belegärzte
Telefon:	04841 6911 0
Fax:	04841 6911 59
E-Mail:	klinik-winkler@foni.net
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	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
10	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
11	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
12	Portimplantation
13	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
14	Amputationschirurgie
15	Intraoperative Anwendung der Verfahren
16	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
17	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
18	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
19	Bandrekonstruktionen/Plastiken
20	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
21	Traumatologie
22	Konventionelle Röntgenaufnahmen
23	Duplexsonographie
24	Eindimensionale Dopplersonographie

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	808
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

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

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

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

B-[1].11 Personelle Ausstattung

s. A-11

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

BELEGÄRZTINNEN UND BELEGÄRZTE

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

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

B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Allgemeinchirurgie

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Spezielle Unfallchirurgie
2	Sportmedizin

B-[1].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,50

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

Gesamt: 10,64

davon sind 4,07 VK im OP tätig

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

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

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

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

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

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

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

s. A-11 und A-12

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Entlassungsmanagement
2	Qualitätsmanagement
3	Wundmanagement
4	Dekubitusmanagement

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

C Qualitätssicherung

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

Dort werden unter anderem die aktuellen Qualitätsberichte veröffentlicht.

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

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

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

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

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

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

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

Bezeichnung:	Kniegelenk-Totalendoprothesen
Erbrachte Menge:	111
Begründung:	

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

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

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

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen):	3
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	3
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	3

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

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG