

Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

für das Berichtsjahr 2021

Standort Wellersbergstraße



Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|--|-----------|
| | Einleitung | 1 |
| A | Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts..... | 3 |
| A-1 | Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses..... | 5 |
| A-2 | Name und Art des Krankenhausträgers | 6 |
| A-3 | Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus | 6 |
| A-4 | Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie | 6 |
| A-5 | Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses..... | 7 |
| A-6 | Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses | 9 |
| A-7 | Aspekte der Barrierefreiheit | 11 |
| A-8 | Forschung und Lehre des Krankenhauses | 12 |
| A-9 | Anzahl der Betten | 13 |
| A-10 | Gesamtfallzahlen..... | 13 |
| A-11 | Personal des Krankenhauses | 14 |
| A-12 | Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung | 17 |
| A-13 | Besondere apparative Ausstattung..... | 28 |
| A-14 | Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V | 29 |
| B | Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheit/Fachabteilung | 30 |
| B-1 | Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde..... | 31 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| C | Qualitätssicherung | 37 |
| C-1 | Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V..... | 38 |
| C-1.1 | Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate | 38 |
| C-1.2 | Ergebnisse der Qualitätssicherung | 41 |
| C-2 | Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V | 46 |
| C-3 | Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V | 46 |
| C-4 | Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung | 46 |
| C-5 | Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V | 47 |
| C-6 | Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V | 47 |
| C-7 | Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | 47 |
| C-8 | Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr..... | 47 |

Einleitung



Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

rund 1.600 engagierte und motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben im herausfordernden Jahr 2020 im Kreisklinikum Siegen ca. 20.300 Patienten stationär und rund 48.000 Patienten ambulant versorgt. Mit mittlerweile 12 Fachabteilungen, einem neurologischen und psychiatrischen Behandlungsschwerpunkt sowie einem angegliederten Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) erhalten nicht nur Patientinnen und Patienten aus Siegen, sondern auch Menschen aus dem gesamten Drei-Länder-Eck und darüber hinaus eine hervorragende medizinische Versorgung nach modernstem Standard.

Das Kreisklinikum Siegen, dessen Träger der Kreis Siegen-Wittgenstein ist, hatte im Jahr 2020 einen besonderen Versorgungsauftrag bei der Behandlung von an Covid-19 erkrankten Patientinnen und Patienten in der Region und über die Grenzen hinweg und hat sich als Corona-Kompetenzzentrum etabliert. Neben der intensiven medizinischen und pflegerischen Versorgung, haben wir uns vielfach weiterentwickelt. Viel Veränderung fand zum Beispiel im Bereich der Digitalisierung statt. Mit dem neu aufgesetzten Krankenhausinformationssystem M-KIS-Next wurde ein wichtiger Schritt in

Richtung Digitalisierung gemacht, denn das innovative System vereinfacht Prozesse, entlastet gleichzeitig Ärzte und Pflegekräfte und verbessert somit die Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten.

Des Weiteren wurde selbstverständlich auch wieder daran gearbeitet, die Qualität unserer Leistungen für unsere Patientinnen und Patienten auf dem höchsten medizinischen Stand zu halten. Als wichtigen Schritt haben wir im Jahr 2020 die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik nach ISO 9001:2015 zertifiziert. Die Zertifizierung umfasst unter anderem die Diagnostik und Therapie des gesamten Spektrums psychiatrischer Erkrankungen. Zusätzlich wurde auch die Klinik für Radiologie und Neuroradiologie nach ISO 9001:2015 zertifiziert. In den Kliniken für Pneumologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin, Urologie, Unfallchirurgie und Orthopädie, Anästhesie, Intensivmedizin, Schmerztherapie und Notfallmedizin sowie der Klinik für Neurologie wurden weiterhin Auditierungen im Rahmen der ISO 9001:2015 durchgeführt.

Besonders gefreut haben wir uns über die Auszeichnung mit dem Stroke-Center-Siegel. Die neurologische Schlaganfall-Spezialstation des Kreisklinikums ist eine der bundesweit größten und bedeutsamsten Einrichtungen für Schlaganfälle, in der circa 2.000 Patienten pro Jahr eine bestmögliche neurologische Intensiv-Versorgung erhalten. Das Stroke-Center-Siegel der European Stroke Organisation (ESO) stellt die höchste Zertifizierungsstufe für die Behandlung von Schlaganfallpatienten auf europäischer Ebene dar und wurde bisher nur an wenige Kliniken in Deutschland und Europa verliehen. Gleichzeitig erhielt die Schlaganfalleinheit auch das FOCUS-Siegel „Top Nationales Krankenhaus 2021 – Schlaganfall“, für dessen Auszeichnung als Grundlage unter anderem Empfehlungen von niedergelassenen Ärzten und Chefärzten anderer Kliniken sowie Experteninterviews und Qualitätsberichte dienen.

Auch weitere Fachkliniken sowie Ärzte des Kreisklinikums konnten sich über Auszeichnungen von „Focus-Gesundheit“ freuen. So erhielt Dr. Guido Weyand, Leiter der Proktologie, im selbigen Bereich das Siegel als „Top Mediziner 2020“ und unterstrich die exzellente Diagnostik und Therapie für Patientinnen und Patienten der Proktologie.

Das Magazin „Stern“ führte weiterhin eine Studie durch, bei der das Kreisklinikum Siegen zu einem der „Besten Krankenhäuser Deutschlands“ gewählt wurde. All diese Auszeichnungen sind eine weitere Bestätigung dafür, dass die Patientinnen und Patienten im Kreisklinikum Siegen eine ärztliche und pflegerische Versorgung auf höchstem Niveau erhalten und unterstreichen unsere ständiges Bemühen und Handeln. Ich freue mich, Ihnen mit dem vorliegenden Qualitätsbericht unsere medizinischen und therapeutischen Leistungen und besonders die erzielte Ergebnisqualität erneut transparent darstellen zu können und wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.

| Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts | |
|---|--|
| Funktion | Externe Qualitätssicherung |
| Titel, Vorname, Name | Michaela Becker |
| Telefon | 0271/705-2102 |
| E-Mail | M.Becker@klinikum-siegen.de |

| Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts | |
|--|--|
| Funktion | Geschäftsleiter |
| Titel, Vorname, Name | Ingo Fölsing |
| Telefon | 0271/705-2112 |
| Fax | 0271/705-2114 |
| E-Mail | I.Foelsing@klinikum-siegen.de |

Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <https://www.klinikum-siegen.de/>

Link zu weiterführenden Informationen:

| Link | Beschreibung |
|---|--|
| https://www.kreisklinikum-siegen.de/notfall/notrufnummern/ | Notrufnummern und Tipps zum Verhalten im Notfall |
| http://www.siegen.de/willkommen/ | |

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2021:

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA u.a. im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA-Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2021 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2021 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht.

Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2021 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

| Krankenhaus | |
|---|---|
| Krankenhausname | Kreisklinikum Siegen GmbH - Standort Wellersbergstraße |
| Hausanschrift | Wellersbergstraße 60 57072 Siegen |
| Zentrales Telefon | 0271/2345-0 |
| Zentrale E-Mail | info@Klinikum-Siegen.de |
| Postanschrift | Weidenauer Straße 76 57076 Siegen |
| Institutionskennzeichen | 260591221 |
| Standortnummer aus dem Standortregister | 772175000 |
| Standortnummer (alt) | 00 |
| URL | https://www.klinikum-siegen.de/ |

Ärztliche Leitung

| Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin | |
|--------------------------------------|--|
| Funktion | Ärztlicher Direktor - Chefarzt der Klinik für Neurologie |
| Titel, Vorname, Name | Prof. Dr. med. Martin Grond |
| Telefon | 0271/705-1800 |
| Fax | 0271/705-1804 |
| E-Mail | M.Grond@Klinikum-Siegen.de |

Pflegedienstleitung

| Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin | |
|---|--|
| Funktion | Pflegedirektor |
| Titel, Vorname, Name | Armin Heck |
| Telefon | 0271/705-1003 |
| Fax | 0271/705-1004 |
| E-Mail | A.Heck@klinikum-Siegen.de |

Verwaltungsleitung

| Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin | |
|---------------------------------------|--|
| Funktion | Geschäftsführer |
| Titel, Vorname, Name | Info Fölsing |
| Telefon | 0271/705-2111 |
| Fax | 0271/705-2114 |
| E-Mail | I.Foelsing@klinikum-Siegen.de |

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

| Krankenhausträger | |
|-------------------|---------------------------|
| Name | Kreisklinikum Siegen GmbH |
| Art | Öffentlich |

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

| Krankenhausart | |
|----------------|---|
| Krankenhausart | Akademisches Lehrkrankenhaus |
| Universität | Philipps-Universität Marburg, Biegenstraße 10, D - 35037 Marburg; http://www.uni-marburg.de/ |

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Trifft nicht zu.

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot |
|------|--|
| MP03 | Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare |
| MP04 | Atemgymnastik/-therapie |
| MP05 | Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern |
| MP06 | Basale Stimulation |
| MP08 | Berufsberatung/Rehabilitationsberatung |
| MP09 | Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden |
| MP11 | Sporttherapie/Bewegungstherapie |
| MP12 | Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) |
| MP13 | Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker |
| MP14 | Diät- und Ernährungsberatung |
| MP15 | Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege |
| MP17 | Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege |
| MP21 | Kinästhetik |
| MP22 | Kontinenztraining/Inkontinenzberatung |
| MP23 | Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie |
| MP25 | Massage |
| MP27 | Musiktherapie |
| MP29 | Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie |
| MP30 | Pädagogisches Leistungsangebot |
| MP32 | Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie |
| MP33 | Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse |
| MP34 | Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst |
| MP37 | Schmerztherapie/-management |
| MP39 | Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen |
| MP40 | Spezielle Entspannungstherapie |
| MP42 | Spezielles pflegerisches Leistungsangebot |
| MP43 | Stillberatung |
| MP44 | Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie |
| MP45 | Stomatherapie/-beratung |
| MP47 | Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik |
| MP51 | Wundmanagement |

| | |
|------|---|
| MP52 | Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen |
| MP54 | Asthmaschulung |
| MP63 | Sozialdienst |
| MP65 | Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien |
| MP67 | Vojtatherapie für Erwachsene und/oder Kinder |
| MP68 | Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege |

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Leistungsangebot | Link | Kommentar |
|------|--|---|---|
| NM02 | Ein-Bett-Zimmer | | |
| NM03 | Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | | |
| NM09 | Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) | | Die Kosten für Begleitpersonen werden - sofern die Begleitung medizinisch begründet ist - von der Krankenkasse übernommen. Darüber hinaus kann eine kostenpflichtige Unterbringung stattfinden. |
| NM10 | Zwei-Bett-Zimmer | | |
| NM11 | Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | | |
| NM42 | Seelsorge | https://www.kreisklinikum-siegen.de/kontakt/ansprechpartner/klinikseelsorge/ | In unserem Hause sind sowohl eine katholische als auch eine evangelische Seelsorgerin tätig. |
| NM49 | Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten | https://www.kreisklinikum-siegen.de/patienten-besucher/pflegetraining-fuer-angehoerige/ | Informationsveranstaltungen zu verschiedenen medizinischen Themen finden - wenn im Hinblick auf die Corona-Pandemie möglich - statt und werden über die lokale Presse bzw. die Homepage des Kreisklinikums Siegen veröffentlicht. |
| NM66 | Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität) | | |
| NM68 | Abschiedsraum | | |

| | | | |
|------|--|---|---|
| NM69 | Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) | https://www.kreisklinikum-siegen.de/patienten-besucher/patientenentertainment/ | In unserem Haus können Sie im Zimmer folgende Serviceleistungen kostenlos nutzen: Tresor, Radio, Internet (W-LAN), Telefon. Fernsehen ist gebührenpflichtig. Neben Aufenthaltsräumen auf der Station finden Sie im UG ein Cafe und in der Eingangshalle einen Kiosk sowie einen Frisör. |
| NM05 | Mutter-Kind-Zimmer | | |
| NM07 | Rooming-in | | |
| NM63 | Schule im Krankenhaus | | |

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

| Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen | |
|---|--|
| Funktion | Verwaltungsleiter |
| Titel, Vorname, Name | Christian Lohmann |
| Telefon | 0271/705-2115 |
| Fax | 0271/705-2014 |
| E-Mail | C.Lohmann@Kreisklinikum-Siegen.de |

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

| Nr. | Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit |
|------|--|
| BF02 | Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift |
| BF04 | Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung |
| BF05 | Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen |
| BF06 | Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen |
| BF08 | Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen |
| BF09 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen) |
| BF10 | Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher |
| BF11 | Besondere personelle Unterstützung |
| BF16 | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung |
| BF17 | Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße |
| BF18 | OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße |
| BF21 | Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße |
| BF24 | Diätische Angebote |
| BF25 | Dolmetscherdienst |
| BF26 | Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal |
| BF32 | Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung |
| BF33 | Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen |
| BF34 | Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen |

A-8 **Forschung und Lehre des Krankenhauses**

A-8.1 **Forschung und akademische Lehre**

| Nr. | Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten | Kommentar |
|------------|---|--|
| FL01 | Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten | Professor Dr. med. Martin Grond ist applizierter Professor der Universität zu Köln. Div. Lehraufträge Universität Siegen. |
| FL03 | Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) | Praktische Ausbildung von Psychologen im Bereich Psychiatrie in Zusammenarbeit mit der Universität Gießen. In allen Kliniken PJ-Studenten der Universität Marburg. |
| FL06 | Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien | Teilnahme an mehreren Studien in der Akut-Therapie und Sekundärprophylaxe des Schlaganfalls: GLORIA-AF III , SANO Studie und FIND-AF2 Studie. |
| FL07 | Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien | Prof. Dr. med. Martin Grond ist Mitinitiator klinischer Studien in der Neurologie. |
| FL08 | Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher | Prof. Dr. med. Martin Grond ist Autor und Mitherausgeber medizinisch-wissenschaftlicher Literatur. |

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

| Nr. | Ausbildung in anderen Heilberufen | Kommentar |
|------|--|--|
| HB01 | Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger | Im gemeinsamem Bildungsinstitut für Gesundheitsberufe (Pflegefachfrau/-mann Krankenpflege, Kinderkrankenpflege oder Altenpflege) lernen Auszubildende von Kinderklinik, Kreisklinikum und Marien Gesellschaft Siegen auf hohem Niveau. |
| HB07 | Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA) | Dreijährige Ausbildung in den verschiedenen medizinischen Fachgebieten und Abteilungen des Klinikums. Theoretischer Teil einer OTA Schule (aktuell in den Märkischen Kliniken). |

A-9 Anzahl der Betten

| Betten | |
|--------|----|
| Betten | 15 |

A-10 Gesamtfallzahlen

| Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle | |
|--|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 512 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |
| Ambulante Fallzahl | 0 |
| Fallzahl stationsäquivalente psychiatrische Behandlung | 0 |

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältni s | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|------------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältni s | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|------------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 3

A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnisse | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|----------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Trifft nicht zu.

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

| Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements | |
|--|--|
| Funktion | Qualitätsmanager |
| Titel, Vorname, Name | Robert Weller |
| Telefon | 0271/705-2100 |
| E-Mail | R.Weller@Klinikum-Siegen.de |

A-12.1.2 Lenkungs-gremium

| Lenkungs-gremium | |
|--|--|
| Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche | Geschäftsführung und Qualitätsmanagement |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | monatlich |

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

| Angaben zur Person | |
|--------------------|---|
| Angaben zur Person | Eigenständige Position für Risikomanagement |

| Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement | |
|---|--|
| Funktion | Bereichsleitung Pflege |
| Titel, Vorname, Name | Simone Hensel |
| Telefon | 271/2345632-632 |
| Fax | 271/21955-955 |
| E-Mail | simone.hensel@drk-kinderklinik.de |

A-12.2.2 Lenkungs-gremium

| Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe | |
|---|---|
| Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe | Ja - Arbeitsgruppe nur Risikomanagement |
| Beteiligte Abteilung / Funktionsbereich | alle Stationen und Funktionsbereiche |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | quartalsweise |

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungs-internen Fehlermeldesystems

| Internes Fehlermeldesystem | |
|----------------------------------|--|
| Internes Fehlermeldesystem | Ja |
| Regelmäßige Bewertung | Ja |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | monatlich |
| Verbesserung Patientensicherheit | Bericht über Risikomanagement an Betriebsleitung der Kinderklinik; Patientenarmband; Umgang mit Medikamenten |

| Nr. | Instrument und Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|--|---------------|
| IF02 | Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen | monatlich |
| IF03 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem | bei Bedarf |

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungs-übergreifenden Fehlermeldesystemen

| Übergreifendes Fehlermeldesystem | |
|----------------------------------|------|
| Übergreifendes Fehlermeldesystem | Nein |

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

| Hygienepersonal | Anzahl (Personen) | Kommentar |
|---|-------------------|---|
| Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygienikern | 1 | |
| Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte | 2 | Der jeweils leitende Belegarzt ist für die Hygiene in der Abteilung verantwortlich. Die allg. Hygienerichtlinien des KH sind dabei zu beachten. |
| Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK) | 2 | |
| Hygienebeauftragte in der Pflege | 6 | alle Fachleitungen der jeweiligen Fachabteilungen |

Hygienekommission

| | |
|--------------------------------|--------------|
| Hygienekommission eingerichtet | Ja |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | halbjährlich |

Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission

| | |
|----------------------|--|
| Funktion | Ärztlicher Direktor |
| Titel, Vorname, Name | markus Pingel |
| Telefon | 0271/2345-404 |
| Fax | 0271/2345- |
| E-Mail | markus.pingel@drk-kinderklinik.de |

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden keine zentralen Venenkatheter eingesetzt, wodurch ein standortspezifischer Standard für zentrale Venenverweilkatheter nicht nötig ist.

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie

| Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie | |
|--|----|
| Die Leitlinie liegt vor | Ja |
| Leitlinie an akt. hauseigene Resistenzlage angepasst | Ja |
| Leitlinie durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert | Ja |

| Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe | |
|--|----|
| Der Standard liegt vor | Ja |
| 1. Der Standard thematisiert insbesondere | |
| a) Indikationsstellung zur Antibiotikaprofylaxe | Ja |
| b) Zu verwendende Antibiotika | Ja |
| c) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprofylaxe | Ja |
| 2. Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert | Ja |
| 3. Antibiotikaprofylaxe bei operierten Patienten strukturiert überprüft | Ja |

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

| Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel | |
|--|----|
| Der Standard liegt vor | Ja |
| Der interne Standard thematisiert insbesondere | |
| a) Hygienische Händedesinfektion | Ja |
| b) Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen | Ja |
| c) Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden | Ja |
| d) Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage | Ja |
| e) Meldung/Dokumentation bei Verdacht auf postoper. Wundinfektion | Ja |
| Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert | Ja |

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

| Händedesinfektionsmittelverbrauch | |
|---|---------------------------------|
| Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen | |
| - Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben | Ja |
| - Händedesinfektionsmittelverbrauch | 88,00 ml/Patiententag |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen | |
| - Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben | Keine Intensivstation vorhanden |
| Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs | Ja |

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

Es findet ein 100% Screening auf MRSA statt. Jeder Patient wird auf MRSA abgestrichen

| MRSA | |
|--|----|
| Standardisierte Information (MRSA) erfolgt z. B. durch Flyer MRSA-Netzwerke | Ja |
| Informationsmanagement für MRSA liegt vor | Ja |

| Risikoadaptiertes Aufnahmescreening | |
|--|----|
| Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen) | Ja |

| Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang | |
|---|----|
| Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren | Ja |

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

| Nr. | Instrument und Maßnahme | Zusatzangaben | Kommentar |
|------|---|---------------|---|
| HM05 | Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten | | quartalsweise durch einen Dienstleister |

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

| Lob- und Beschwerdemanagement | | Kommentar / Erläuterungen |
|---|----|--|
| Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt | Ja | Mündliche oder schriftliche Rückmeldungen werden durch die Feedback-Managerin systematisch zeitnah bearbeitet. |
| Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung) | Ja | Das Vorgehen wird schriftlich in einem Prozess definiert. |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden | Ja | s. "Strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement" |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden | Ja | |
| Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert | Ja | Eingehende Beschwerden werden nach Möglichkeit kurzfristig innerhalb einer Woche bearbeitet. |

Regelmäßige Einweiserbefragungen

| | |
|--------------|------|
| Durchgeführt | Nein |
|--------------|------|

Regelmäßige Patientenbefragungen

| | |
|--------------|------|
| Durchgeführt | Nein |
|--------------|------|

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

| | |
|---------|------|
| Möglich | Nein |
|---------|------|

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

| Ansprechperson für das Beschwerdemanagement | |
|---|--|
| Funktion | Feedback Managerin |
| Titel, Vorname, Name | Nadia Althaus |
| Telefon | 0271/705-602107 |
| E-Mail | N.Althaus@Klinikum-Siegen.de |

| Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements | |
|---|--|
| Link zum Bericht | |
| Kommentar | |

Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher

| Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher | |
|--|--|
| Funktion | Patientenfürsprecher |
| Titel, Vorname, Name | Bernd Harazim |
| Telefon | 0175/1091769- |
| E-Mail | beschwerdestelle@klinikum-siegen.de |

| Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprechern | |
|---|---|
| Kommentar | Ein Patientenfürsprecher ist benannt. Der jeweils aktuelle Kontakt kann über die Internet-Seite des Kreisklinikums eingesehen werden. |

Weitere Informationen bekommen Sie hier:

<http://www.klinikum-siegen.de/patienten-besucher/lob-kritik/>

[http://www.klinikum-siegen.de/patienten-besucher/lob-kritik/beschwerdestelle-
psychiatrie/](http://www.klinikum-siegen.de/patienten-besucher/lob-kritik/beschwerdestelle-psychiatrie/)

<http://www.klinikum-siegen.de/patienten-besucher/lob-kritik/patientenfuersprecher/>

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

AMTS ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für Patientinnen und Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen ist, dass AMTS als integraler Bestandteil der täglichen Routine in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz gelebt wird.

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

| Zentrales Gremium / Arbeitsgruppe | |
|--|-----------------------------|
| Zentrales Gremium oder zentrale Arbeitsgruppe vorhanden, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht? | Ja - Arzneimittelkommission |

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit einer konkreten Person übertragen: Ja

| Angaben zur Person | |
|--------------------|--|
| Angaben zur Person | Es gibt eine eigenständige Position für das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit |

| Verantwortliche Person AMTS | |
|-----------------------------|--|
| Funktion | Oberarzt Intensivstation |
| Titel, Vorname, Name | - Manfred Schill |
| Telefon | 0271/2345-0 |
| Fax | 0271/2345-0 |
| E-Mail | Manfred.schill@drk-kinderklinik.de |

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

| Pharmazeutisches Personal | Anzahl (Personen) |
|--|-------------------|
| Apothekerinnen und Apotheker | 0 |
| Weiteres pharmazeutisches Personal | 0 |
| Erläuterungen | |
| Versorgung durch externe Partnerapotheke | |

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z. B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat.

Die folgenden Aspekte können, gegebenenfalls unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden:

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese:

Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ursprünglichen Medikation des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.

- Medikationsprozess im Krankenhaus:

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung. Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z.B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u.Ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. – verabreichung gemacht werden.

- Entlassung:

Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|--|--|
| AS09 | Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln | - Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen |

A-13 Besondere apparative Ausstattung

| Nr. | Vorhandene Geräte | Umgangssprachliche Bezeichnung | 24h verfügbar |
|------|--|---|---------------|
| AA08 | Computertomograph (CT) | Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen | Ja |
| AA10 | Elektroenzephalographiegerät (EEG) | Hirnstrommessung | Ja |
| AA14 | Gerät für Nierenersatzverfahren | Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse) | Ja |
| AA15 | Gerät zur Lungenersatztherapie/-unterstützung | | Ja |
| AA22 | Magnetresonanztomograph (MRT) | Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder | Ja |
| AA32 | Szintigraphiescanner/Gammasonde | Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten | - |
| AA33 | Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz | Harnflussmessung | - |
| AA38 | Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen | Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck | Ja |
| AA43 | Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP | Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden | - |
| AA47 | Inkubatoren Neonatologie | Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten) | Ja |

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

| Stufe der Notfallversorgung des Krankenhauses | |
|--|--|
| Zugeordnete Notfallstufe | Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2) |
| Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung | Ja (siehe A-14.3) |

| Umstand, der zu der Zuordnung des Krankenhauses zur Notfallstufe führt |
|--|
| Erfüllung der Voraussetzungen der Notfallstufe |

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Tatbestand, der dazu führt, dass das Krankenhaus gemäß den Vorgaben in § 26 der Regelung zu den Notfallstrukturen die Voraussetzungen des Moduls Spezialversorgung erfüllt

Krankenhäuser und selbstständig gebietsärztlich geleitete Abteilungen für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind

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

| | |
|---|------|
| Verfügt das Krankenhaus über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde? | Nein |
| Ist die Notfallambulanz des Krankenhauses 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
Organisationseinheit / Fachabteilung**

B-1 Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-1.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|-------------------------------|
| Fachabteilung | Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde |
| Fachabteilungsschlüssel | 2600 |
| Art | Belegabteilung |

Ärztliche Leitung

| Belegärztin oder Belegarzt | |
|----------------------------|---|
| Funktion | Belegarzt HNO |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Wahab Khayat |
| Telefon | 0271/54300- |
| E-Mail | info@klinikum-siegen.de |
| Straße/Nr | Wellersbergstraße 60 |
| PLZ/Ort | 57072 Siegen |
| Homepage | https://www.drk-kinderklinik.de/kliniken-ambulante-einrichtungen/hno-belegabteilung/was-wir-machen/ |

| Belegärztin oder Belegarzt | |
|----------------------------|---|
| Funktion | Belegarzt HNO |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Alexander Heß |
| Telefon | 0271/76076- |
| E-Mail | info@Klinikum-Siegen.de |
| Straße/Nr | Wellersbergstraße 60 |
| PLZ/Ort | 57072 Siegen |
| Homepage | https://www.drk-kinderklinik.de/kliniken-ambulante-einrichtungen/hno-belegabteilung/was-wir-machen/ |

| Belegärztin oder Belegarzt | |
|-----------------------------------|---|
| Funktion | Belegarzt HNO |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Joachim Lueg |
| Telefon | 0271/2345-876 |
| E-Mail | info@Klinikum-Siegen.de |
| Straße/Nr | Wellersbergstraße 60 |
| PLZ/Ort | 57072 Siegen |
| Homepage | https://www.drk-kinderklinik.de/kliniken-ambulante-einrichtungen/hno-belegabteilung/was-wir-machen/ |

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

| Angaben zu Zielvereinbarungen | |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| Zielvereinbarung gemäß DKG | Keine Vereinbarung geschlossen |

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung |
|------------|--|
| VH00 | Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege |
| VH02 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes |
| VH03 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres |
| VH08 | Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege |
| VH09 | Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege |
| VH10 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen |
| VH13 | Plastisch-rekonstruktive Chirurgie |
| VH14 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle |
| VH15 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen |
| VH16 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes |
| VH17 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea |

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen | |
|-------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 512 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|---|
| 1 | J34 | 317 | Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen |
| 2 | J35 | 136 | Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel |
| 3 | J32 | 17 | Chronische Sinusitis |
| 4 | T81 | 12 | Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert |
| 5 | J38 | 10 | Krankheiten der Stimmlippen und des Kehlkopfes, anderenorts nicht klassifiziert |
| 6 | C10 | < 4 | Bösartige Neubildung des Oropharynx |
| 7 | C14 | < 4 | Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx |
| 8 | C32 | < 4 | Bösartige Neubildung des Larynx |
| 9 | D17 | < 4 | Gutartige Neubildung des Fettgewebes |
| 10 | D38 | < 4 | Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens des Mittelohres, der Atmungsorgane und der intrathorakalen Organe |

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|--|
| 1 | 5-215 | 339 | Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis] |
| 2 | 8-506 | 322 | Wechsel und Entfernung einer Tamponade bei Blutungen |
| 3 | 5-214 | 301 | Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums |
| 4 | 5-224 | 69 | Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen |
| 5 | 5-221 | 68 | Operationen an der Kieferhöhle |
| 6 | 5-282 | 56 | Tonsillektomie mit Adenotomie |
| 7 | 5-200 | 53 | Parazentese [Myringotomie] |
| 8 | 5-222 | 53 | Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle |
| 9 | 5-285 | 48 | Adenotomie (ohne Tonsillektomie) |
| 10 | 5-281 | 47 | Tonsillektomie (ohne Adenotomie) |

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 3
Anzahl stationäre Fälle je Person: 170,66667

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) |
|------|---|
| AQ18 | Hals-Nasen-Ohrenheilkunde |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 512

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------|--|
| PQ15 | Familien Gesundheits- und Kinderkrankenpflege |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate | Kommentar |
|---|----------|--------------------|--|
| Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) (PCI_LKG) | 1785 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. |
| Nierentransplantation (PNTX) ¹ | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation (PNTX) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herztransplantation (HTXM_TX) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Lebertransplantation (LTX) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Leberlebendspende (LLS) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

¹In den Leistungsbereichen Nierentransplantation und Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.

| | | | |
|--|-----|-------|--|
| Nierenlebendspende (NLS) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH) ² | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Aortenklappenchirurgie, isoliert (HCH) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Koronarchirurgie, isoliert (HCH) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Koronarchirurgische Operation (HCH_KC) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Karotis-Revaskularisation (10/2) | 106 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet. |
| Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU) | 425 | 99,8 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet. |
| Mammachirurgie (18/1) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Gynäkologische Operationen (15/1) | < 4 | < 4 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet. |

²In den Leistungsbereichen isolierte Aortenklappenchirurgie, kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie und isolierte Koronarchirurgie wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.

| | | | |
|---|-----|-------|--|
| Dekubitusprophylaxe (DEK) | 248 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. |
| Herzschrittmacher-Implantation (09/1) | 143 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. |
| Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2) | 8 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. |
| Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3) | 16 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. |
| Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4) | 30 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. |
| Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5) | 6 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. |
| Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/6) | 5 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. |
| Geburtshilfe (16/1) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Neonatologie (NEO) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Hüftendoprothesenversorgung (HEP) | 138 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. |
| Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE) | < 4 | < 4 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. |
| Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation) (HEP_IMP) | 136 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. |
| Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1) | 69 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. |

| | | | |
|--|----|-------|--|
| Knieendoprothesenversorgung (KEP) | 76 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet. |
| Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE) | 4 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet. |
| Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP) | 72 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet. |

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.[1] Ergebnisse der Qualitätssicherung für das Krankenhaus

C-1.2.[1] A Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen

C-1.2.[1] A.I Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bzw. durch das Stellungnahmeverfahren bedürfen oder für die eine Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens bereits vorliegt

| Leistungsbereich (LB) | Dekubitusprophylaxe |
|--|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis-ID | 52009 |
| Grundgesamtheit | 360 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,15 |

| | |
|--|-------------------------|
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,28 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,04 - 1,06 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 25,27 |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Dekubitusprophylaxe |
|--|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4 |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4) |
| Ergebnis-ID | 52010 |
| Grundgesamtheit | 360 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,00 - 0,00% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 1,06% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Dekubitusprophylaxe |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2 |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einer Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut und/oder die Lederhaut betroffen ist, oder einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2) |
| Ergebnis-ID | 52326 |
| Grundgesamtheit | 360 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,33 - 0,34% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 1,06% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | |

| Leistungsbereich (LB) | Dekubitusprophylaxe |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben |
| Ergebnis-ID | 521800 |
| Grundgesamtheit | 360 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | |

| | |
|--|--------------|
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,00 - 0,01% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 1,06% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | |

| Leistungsbereich (LB) | Dekubitusprophylaxe |
|--|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3 |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe bis zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3) |
| Ergebnis-ID | 521801 |
| Grundgesamtheit | 360 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,06 - 0,06% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 1,06% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | |

C-1.2.[1] A.II Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Strukturierten Dialog bzw. im Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeignet sind

| Legende - Bewertung durch den Strukturierten Dialog | |
|--|---|
| A41 | = Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel |
| A42 | = Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt |
| A43 | = unzureichend |
| A71 | = Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel |
| A72 | = Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt |
| A99 | = Sonstiges (im Kommentar erläutert) |
| D50 | = Unvollständige oder falsche Dokumentation |
| D51 | = Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht |
| D80 | = Unvollständige oder falsche Dokumentation |
| D81 | = Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht |
| D99 | = Sonstiges (im Kommentar erläutert) |
| H20 | = Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit |
| H99 | = Sonstiges (im Kommentar erläutert) |
| N01 | = Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |
| N02 | = Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |
| N99 | = Sonstiges (im Kommentar erläutert) |
| R10 | = Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich |
| S90 | = Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog |
| S91 | = Strukturiertes Dialog noch nicht abgeschlossen |
| S92 | = Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden |
| S99 | = Sonstiges (im Kommentar erläutert) |
| U31 | = Besondere klinische Situation |
| U32 | = Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle |
| U33 | = Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme) |
| U34 | = zureichend |
| U61 | = Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert) |
| U62 | = Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle |
| U63 | = Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme) |
| U99 | = Sonstiges (im Kommentar erläutert) |

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

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

Trifft nicht zu.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu.

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

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2021 von der COVID-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

Trifft nicht zu.

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

Trifft nicht zu.

C-5.2.1.a Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen

C-5.2.1.b Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)

C-5.2.1.c Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Absatz 5a SGB V)

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Trifft nicht zu.

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

| Nr. | Fortbildungsverpflichteter Personenkreis | Anzahl (Personen) |
|------------|--|--------------------------|
| 1 | Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen) | 3 |
| 1.1 | - Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen | 3 |
| 1.1.1 | - Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben | 0 |

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG