

Strukturierter Qualitätsbericht

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

für das Berichtsjahr 2022

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-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	7
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	10
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	11
A-9	Anzahl der Betten	12
A-10	Gesamtfallzahlen	12
A-11	Personal des Krankenhauses	13
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	16
A-13	Besondere apparative Ausstattung	29
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	30
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	
B-1	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	31
C	Qualitätssicherung	
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	39
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung	42

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
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik- Richtlinie (PPP-RL)	47
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	48

Einleitung



Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

„Weil Gesundheit mehr ist“.

Unter diesem Leitsatz behandeln wir mit unseren 1.900 engagierten Mitarbeiter:innen in 13 Fachkliniken im Klinikum Siegen rund 20.000 stationäre und circa 60.000 ambulante Patient:innen pro Jahr. Hierbei legen wir größten Wert auf ein freundliches, zugewandtes und respektvolles Miteinander. Dies gilt sowohl für den Umgang mit unseren Patient:innen und deren Angehörigen als auch der Kolleg:innen untereinander. Ebenso ist uns eine partnerschaftliche und gute Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzt:innen, Kliniken, Altenhilfeeinrichtungen, sozialen Diensten und Krankenkassen ein wichtiges Anliegen.

Besonders stolz sind wir auf unsere hochqualifizierten und motivierten Mitarbeitenden, mit denen wir auch im Jahr 2022 wieder zahlreiche Projekte erfolgreich umsetzen konnten. Hierzu zählen neben der baulichen Entwicklung des Klinikums auch der stetige Ausbau im Bereich der Digitalisierung und die Weiterentwicklung unseres

Leistungsspektrums. So konnten wir das Jahr direkt mit einer Aufstockung der neurologischen Schlaganfall-Spezialstation um vier weitere Betten beginnen. Und auch im Bereich der Kardiologie wurde eine Erweiterung der Klinik in Form des Neubaus eines zweiten Linksherzkathetermessplatzes erfolgreich umgesetzt.

Im Jahr 2022 ist darüber hinaus mit der Eröffnung einer Tagesklinik des „Zentrums für seelische Gesundheit“ (ZSG) ein wichtiger Schritt in der Erweiterung der psychiatrischen Versorgung in der Region erfolgt. Das neue Zentrum bietet Platz für bis zu 37 Patient:innen, die an seelischen Erkrankungen, wie beispielsweise Depressionen oder Angststörungen leiden und bei denen eine ambulante Behandlung nicht ausreicht, eine vollstationäre Behandlung jedoch nicht notwendig ist.

Ein weiteres Projekt, das im Jahr 2022 erfolgreich umgesetzt werden konnte, stellte die Etablierung eines interdisziplinären Weaningzentrums mit sechs Betten dar. Hier werden Patient:innen nach langen und intensiven Beatmungen wieder langsam vom Beatmungsgerät entwöhnt und erhalten zudem psychologische Unterstützung. Das Zentrum wird unter gemeinsamer Leitung der Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin, Schmerztherapie und Notfallmedizin und der Klinik für Pneumologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin geführt.

Zusätzlich zu den medizinischen Fortschritten wurde im Klinikum Siegen im Jahr 2022 auch die Digitalisierung weiter stark vorangetrieben. Die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) im gesamten Haus erfolgte im Frühjahr 2022, und bereits zu Beginn des Jahres wurde die Patientenaufklärung vollständig digitalisiert.

Ein weiterer Meilenstein, der ebenfalls zu Beginn des Jahres 2022 erreicht wurde, ist die Gesamtzertifizierung des Klinikums nach ISO 9001:2015. Dieser international anerkannte Nachweis bestätigt, dass alle Fachkliniken des Klinikums einen besonders hohen Qualitätsstandard in der Patientenversorgung bieten.

All diese Erfolge konnten nur durch den großartigen Einsatz der Kolleg:innen unseres Hauses erreicht werden. Auch in Zukunft werden wir als Team weiterhin gemeinsam daran arbeiten, unseren Patient:innen eine bestmögliche Versorgung auf höchstem medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Niveau zu bieten.

Warum?

Weil Gesundheit mehr ist!

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 2022:

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA seit März 2020 die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA-Beschluss vom 27. März 2020 bzw. 21. April 2022). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2022 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte können sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2022 widerspiegeln. 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 2022 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-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
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
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
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
MP27	Musiktherapie
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychozialdienst
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
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)	https://www.drk-kinderklinik.de/extern-patienten-und-besucher/stationen/station-3-chirurgische-station/	Die Mitaufnahme eines Elternteils im Patientenzimmer ist in der Regel bis zum Erreichen des 8. Lebensjahres des Kindes möglich. Der begleitende Elternteil wird dann mit einem Beistellbett mit ins Zimmer des Patienten aufgenommen.
NM10	Zwei-Bett-Zimmer		
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM42	Seelsorge		
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		Informationsveranstaltungen zu verschiedenen medizinischen Themen finden statt und werden über die lokale Presse bzw. die Homepage des Klinikums Siegen veröffentlicht.
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	https://www.drk-kinderklinik.de/extern-patienten-und-besucher/verpflegung/	
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)	https://www.drk-kinderklinik.de/extern-patienten-und-besucher/stationen/station-3-chirurgische-station/	
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
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäreinrichtungen
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher
BF11	Besondere personelle Unterstützung
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
BF25	Dolmetscherdienst
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
BF32	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung

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. Weitere Informationen: https://klinikum-siegen.de/karriere-und-bildung/praktikum-und-praktisches-jahr/
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien	FIND-AF2 Describe (DZNE) SANO (Nachsorge)
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	461
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	

Beschäftigungsverhältnis	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	

Beschäftigungsverhältnis	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	

Beschäftigungsverhältnis	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 einrichtungswinteren Qualitätsmanagements	
Funktion	Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Sabine Sieler
Telefon	0271/705-602101
E-Mail	S.Sieler@Klinikum-Siegen.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium	
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
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	30.12.1899
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 zentrale Venenkatheter eingesetzt.

1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage	
Der Standard liegt vor	Ja
Der Standard thematisiert insbesondere	
a) Hygienische Händedesinfektion	Ja
b) Adäquate Hautdesinfektion der Kathetereinstichstelle	Ja
c) Beachtung der Einwirkzeit	Ja
d) Weitere Hygienemaßnahmen	
- sterile Handschuhe	Ja
- steriler Kittel	Ja
- Kopfhaube	Ja
- Mund-Nasen-Schutz	Ja
- steriles Abdecktuch	Ja
Standard durch Geschäftsführung/Hygiene kom. autorisiert	Ja

2. Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern	
Der Standard liegt vor	Ja
Standard durch Geschäftsführung/Hygiene kom. autorisiert	Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe 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 Antibiotikaphylaxe	
Der Standard liegt vor	Ja
1. Der Standard thematisiert insbesondere	
a) Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe	Ja
b) Zu verwendende Antibiotika	Ja
c) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaphylaxe	Ja
2. Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert	Ja
3. Antibiotikaphylaxe 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	78,00 ml/Patiententag
Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	262,00 ml/Patiententag
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 aus 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
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	HAND-KISS NEO-KISS	
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Zertifikat Bronze	
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		
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. Für psychiatrische Patienten oder deren Angehörige gibt es eine gesonderte Ansprechpartnerin.
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	Anonyme Fragebögen für das Beschwerdemanagement werden den Patienten regelhaft bei der stationären Aufnahme ausgehändigt. Der Rücklauf ist über spezielle Briefkästen in allen Bereichen der Klinik möglich. Sowohl stationär als auch ambulant behandelte Patienten können an mehreren Stellen im Haus über das SayWay Med Portal anonym Rückmeldung zu der Behandlung geben und ggf. um Kontaktaufnahme bitten.
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	Ja	Eingehende Beschwerden werden sofort bearbeitet.

Regelmäßige Einweiserbefragungen	
Durchgeführt	Ja
Link	
Kommentar	Einweiserbefragungen werden im mehrjährigen Rhythmus durchgeführt. Die Ergebnisse werden in allen relevanten Bereichen der Klinik kommuniziert.

Regelmäßige Patientenbefragungen

Durchgeführt	Ja
Link	
Kommentar	Jeder Patient erhält bei der stationären Aufnahme einen allgemeinen Patientenfragebogen. Für einzelne Schwerpunktthemen erfolgt bei Bedarf eine gezielte Befragung der Patienten.

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

Möglich	Ja
Link	
Kommentar	Über das im Haus installierte SayWay Med Portal.

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Funktion	Medizinmanagemtn/Feed-back Management
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.kreisklinikum-siegen.de/patienten-besucher/lob-kritik/>

<http://www.kreisklinikum-siegen.de/patienten-besucher/lob-kritik/beschwerdestelle-psychiatrie/>

<http://www.kreisklinikum-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	0271/2345-404
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
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen	
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)	
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	- Fallbesprechungen

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß § 4 Absatz 2 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben Einrichtungen die Prävention von und Intervention bei Gewalt und Missbrauch als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorzusehen. Ziel ist es, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern. Das jeweilige Vorgehen wird an Einrichtungsgröße, Leistungsspektrum und den Patientinnen und Patienten ausgerichtet, um so passgenaue Lösungen zur Sensibilisierung der Teams sowie weitere geeignete vorbeugende und intervenierende Maßnahmen festzulegen. Dies können u. a. Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	
Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen?	Ja

A-12.6.1 Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen

Gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben sich Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit

der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen zu befassen (Risiko- und Gefährdungsanalyse) und – der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend – konkrete Schritte und Maßnahmen abzuleiten (Schutzkonzept). In diesem Abschnitt geben Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche versorgen, an, ob sie gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.

Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen	
Werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt?	Ja
Liegt ein auf Basis einer Gefährdungsanalyse erstelltes Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen vor, das mindestens die Elemente Prävention, Interventionsplan und Aufarbeitung gemäß Teil B Abschnitt I § 1 Satz 9 QM-RL umfasst?	Ja

Nr.	Schutzkonzept	Letzte Überprüfung
SK08	Interventionsplan Verbindliches Verfahren zum Vorgehen in Kinderschutzfällen und insbesondere beim Verdacht auf (sexuelle) Gewalt	05.12.2022
SK01	Informationsgewinnung zur Thematik	

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

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

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 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
Organisationseinheiten / Fachabteilungen**

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	461
Teilstationäre Fallzahl	0

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	J35	259	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel
2	J34	170	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen
3	J38	10	Krankheiten der Stimmlippen und des Kehlkopfes, anderenorts nicht klassifiziert
4	T81	10	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert
5	C32	< 4	Bösartige Neubildung des Larynx
6	D36	< 4	Gutartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen
7	D37	< 4	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der Mundhöhle und der Verdauungsorgane
8	D48	< 4	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen
9	J32	< 4	Chronische Sinusitis
10	K14	< 4	Krankheiten der Zunge

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-215	178	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]
2	8-506	166	Wechsel und Entfernung einer Tamponade bei Blutungen
3	5-214	165	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums
4	5-200	150	Parazentese [Myringotomie]
5	5-285	126	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)
6	5-282	98	Tonsillektomie mit Adenotomie
7	5-224	51	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen
8	5-281	49	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)
9	5-221	38	Operationen an der Kieferhöhle
10	5-222	34	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle

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: 153,66667

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 Kinderkrankpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankpfleger 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: 461

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	Dokumentierte Datensätze	Kommentar
Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	143	100,00 %	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	13	100,00 %	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	22	100,00 %	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)	42	100,00 %	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)	6	100,00 %	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/6)	6	100,00 %	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.
Karotis-Revaskularisation (10/2)	81	100,00 %	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.
Gynäkologische Operationen (15/1)	5	100,00 %	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.
Geburtshilfe (16/1)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	66	100,00 %	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.
Mammachirurgie (18/1)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Dekubitusprophylaxe (DEK)	210	100,00 %	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.
Herzchirurgie (HCH)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Koronarchirurgische Operation (HCH_KC)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Offen chirurgische Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_CHIR)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_KATH)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	187	100,00 %	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.

Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP)	182	100,00 %	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.
Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE)	9	100,00 %	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.
Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantation (HTXM_TX)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	95	100,00 %	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.
Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP)	90	100,00 %	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.
Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE)	5	100,00 %	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.
Leberlebendspende (LLS)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lebertransplantation (LTX)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Lungen- und Herz- Lungentransplantation (LUTX)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Neonatologie (NEO)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nierenlebendspende (NLS)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) (PCI_LKG)	1672	100,00 %	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	244	100,00 %	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Nieren- und Pankreas- (Nieren-)transplantation (PNTX)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

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 das Stellungnahmeverfahren bedürfen oder für die eine Bewertung 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	231
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,09
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,68 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,17 - 1,19
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 44,26
Bewertung 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 Krankenhaus-aufenthalts 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 und Gelenkkapseln) und einher mit einem Absterben von Muskeln, Knochen oder den stützenden Strukturen. (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)
Ergebnis-ID	52010

Grundgesamtheit	231
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 - 0,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 1,64%
Bewertung 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 an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)
Ergebnis-ID	52326
Grundgesamtheit	231
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,36 - 0,37%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 1,64%
Bewertung 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	231
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 - 0,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 1,64%
Bewertung 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 geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)
Ergebnis-ID	521801
Grundgesamtheit	231
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	

Vertrauensbereich (bundesweit)	0,06 - 0,07%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 1,64%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

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

Legende - Bewertung durch das Stellungnahmeverfahren	
A43	= unzureichend
A71	= Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel
A72	= Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
A99	= Sonstiges (im Kommentar erläutert)
D80	= Unvollzählige oder falsche Dokumentation
D81	= Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
D99	= Sonstiges (im Kommentar erläutert)
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 Stellungnahmeverfahren erforderlich
S92	= Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden
S99	= Sonstiges (im Kommentar erläutert)
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

C-5.1 Umsetzung der Mm-R im Berichtsjahr

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

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	2

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL). Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt. Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung. Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist. Für das Berichtsjahr 2022 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien

Krankenhausstandorte, an denen neue Therapien gemäß den Anlagen der ATMP-QS-RL angewendet werden, müssen die dort vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität erfüllen. Der Medizinische Dienst überprüft die Umsetzung der relevanten Qualitätsanforderungen und stellt dem Krankenhaus eine Bescheinigung aus, wenn diese vollumfänglich erfüllt werden. ATMP nach dieser Richtlinie dürfen ausschließlich von Leistungserbringern angewendet werden, die die Mindestanforderungen erfüllen.

Arzneimittel für neuartige Therapien	
Werden am Krankenhausstandort Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet?	Nein