

# **Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022**

## **DRK-Kinderklinik Siegen PNZ**

Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software promato QBM 2.11 am 16.02.2024 um 13:15 Uhr erstellt.

netfutura GmbH: <https://www.netfutura.de>

promato QBM: <https://qbm.promato.de>

**Inhaltsverzeichnis**

Einleitung	4
Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses	5
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	8
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	8
A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	8
A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit	8
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	8
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	8
A-10 Gesamtfallzahlen	8
A-11 Personal des Krankenhauses	10
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen	10
A-11.2 Pflegepersonal	10
A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	11
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	12
A-12.1 Qualitätsmanagement	12
A-12.2 Klinisches Risikomanagement	12
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	12
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	15
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit	15
A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	16
A-13 Besondere apparative Ausstattung	16
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A gemäß §136C Absatz 4 SGB V	17
14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	17
14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	17
Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	18
B-[1].1 Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie	18
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	18
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	19
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	19
B-[1].6 Diagnosen nach ICD	19
B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	19
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	19
B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	19

---

B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	20
B-[1].11 Personelle Ausstattung	21
B-11.1 Ärztinnen und Ärzte	21
B-11.2 Pflegepersonal	21
B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	22
Teil C - Qualitätssicherung	23
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	23
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	23
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	23
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V	23
C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr	23
C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr	23
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")	24
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V	24
C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr	24
C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	24

## Einleitung

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.

### Einleitungstext

Die DRK-Kinderklinik Siegen gGmbH betreibt das Perinatalzentrum (PNZ) Level 1 am Standort in der Wichernstraße 44 in 57074-Siegen. Das PNZ der Kinderklinik ist eine Satellitenstation der Intensivstation der Kinderklinik am Standort Wellersberg. Bis auf die räumliche Trennung ist das PNZ und die Intensivstation nicht als getrennte Einheiten zu betrachten. Perinatalzentren sind in Deutschland Einrichtungen zur Versorgung von Früh- und Neugeborenen. Maßgeblich ist eine Vereinbarung der Kostenträger mit den Leistungserbringern, gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 SGB V.

PNZ mit Level 1 werden von anerkannten Neonatologen und ärztlichen Geburtshelfern geleitet und haben räumlich miteinander verbundene Entbindungsstation, Operationssaal, und Neugeborenen-Intensivstation mit mindestens sechs Plätzen. Sie verfügen unter anderem über ständige Arztbereitschaft und einen Neugeborenen-Notarzt für die Nachbarabteilungen.

Die Angaben in diesem Bericht beziehen sich in der Regel auf den Standort des PNZ. Konkrete Angaben, die sich auf die Kinderklinik beziehen, aber nicht vom PNZ zu trennen sind, sind entsprechend in den Kommentaren zu dem jeweiligem Eintrag erläutert. Die Angaben in Teil A beziehen sich zum Teil auf die Infrastruktur der Kinderklinik, welche untrennbar mit dem PNZ verbunden ist bzw. vom PNZ genutzt wird. Der Teil B bezieht sich rein auf das PNZ. Da jedoch die Angabe Personal und Gesamtfallzahl des Krankenhauses im Bericht einzeln und für das Krankenhaus kumuliert angegeben werden sollen, erfolgt in diesem Bericht zum Standort PNZ der Kinderklinik einerseits die Angabe der Zahlen der Kinderklinik, andererseits des PNZ. Die Angabe Personal Krankenhaus in Teil A bspw. generiert sich aus den Angaben in Teil B. Da Teil B in diesem Bericht jedoch nur das PNZ der Kinderklinik beinhaltet, sind diese Angaben nicht kongruent mit den Angaben des Berichtes für die Kinderklinik.

Im Bereich der Mindestmengenregelung sowie der Teilnahme an der Notfallversorgung sind die Angaben ebenfalls kumuliert zu betrachten.

### Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

Name	Stefan Jungbluth
Position	QM
Telefon	0271 / 2345 - 365
Fax	
E-Mail	stefan.jungbluth@drk-kinderklinik.de

### Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

Name	Carsten Jochum
Position	Geschäftsführer
Telefon.	0271 / 2345 - 253
Fax	
E-Mail	gf.sekr@drk-kinderklinik.de

### Weiterführende Links

URL zur Homepage	<a href="https://www.drk-kinderklinik.de/home/">https://www.drk-kinderklinik.de/home/</a>
------------------	---

## Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

#### I. Angaben zum Krankenhaus

Name	DRK-Kinderklinik Siegen gGmbH
Institutionskennzeichen	260591265
Hausanschrift	Wellersbergstraße 60 57072 Siegen
Telefon	
E-Mail	0271 / 2345253
Internet	info@drk-kinderklinik.de

#### Ärztliche Leitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Markus Pingel	Chefarzt Neonatologie	0271 / 2345404		markus.pingel@drk-kinderklinik.de

#### Pflegedienstleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Simone Hensel	Bereichsleitung Pflege	0271 / 2345632		simone.hensel@drk-kinderklinik.de

#### Verwaltungsleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Antonio Monte	Verwaltungsleiter	0271 / 2345253		gf.sekr@drk-kinderklinik.de

#### II. Angaben zum Standort, über den berichtet wird

Name	PNZ der Kinderklinik Siegen
Institutionskennzeichen	260591265
Standortnummer aus dem Standortverzeichnis	773585000
alte Standortnummer	00
Hausanschrift	Wichernstraße 40 57074 Siegen
Internet	

#### Ärztliche Leitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Markus Pingel	Chefarzt	0271 / 2345404		markus.pingel@drk-kinderklinik.de

#### Pflegedienstleitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Simone Hensel	Bereichsleitung Pflege	0271 / 2345632		simone.hensel@drk-kinderklinik.de

#### Verwaltungsleitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Antonio Monte	Verwaltungsleiter	0271 / 2345253		gf.sekr@drk-kinderklinik.de

### A-2 Name und Art des Krankenhasträgers

Name	DRK
Art	freigemeinnützig

### A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Lehrkrankenhaus	Akademisches Lehrkrankenhaus
Universität	◦ Universität Marburg

**A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses**

<b>Nr.</b>	<b>Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot</b>	<b>Kommentar / Erläuterung</b>
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP05	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern	
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP63	Sozialdienst	
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien	

## A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	URL	Kommentar / Erläuterung
NM10	Zwei-Bett-Zimmer		
NM42	Seelsorge/spirituelle Begleitung		
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen		

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name	Heidi Schopp
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Sozialer Dienst
Telefon	0271 / 2345244
Fax	
E-Mail	heidi.schopp@drk-kinderklinik.de

### A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF01	Kontrastreiche Beschriftungen in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift	
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	
BF13	Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache	
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 / Erläuterung
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar / Erläuterung
HB02	Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	

## A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl der Betten	10
-------------------	----

## A-10 Gesamtfallzahlen

### Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

Vollstationäre Fallzahl	444
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	0

---

Fallzahl der stationsäquivalenten  
psychiatrischen Behandlung (StäB) 0

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

#### Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	11,20
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,20
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	11,20

#### davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	9,01
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,01
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	9,01
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

#### Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen	0
-----------------	---

#### Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Anzahl Vollkräfte	0,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,00

#### davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	0,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,00

### A-11.2 Pflegepersonal

#### Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	0,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00

Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,00

**Gesundheits- und Kinderkrankenschwester und Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern**

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	19,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	19,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	19,00

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50
--	-------

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

Anzahl Vollkräfte	1,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,00

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name	Eva-Maria Görbitz
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	QM
Telefon	0271 2345447
Fax	
E-Mail	eva-maria.goerbitz@drk-kinderklinik.de

#### A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Ärzte, Pflege, Marketing, Hygiene, Qualitätsmanagement
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

### A-12.2 Klinisches Risikomanagement

#### A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name	Simone Hensel
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Bereichsleitung Pflege
Telefon	0271 2345632
Fax	
E-Mail	simone.hensel@drk-kinderklinik.de

#### A-12.2.2 Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht?	ja – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement
--	--

#### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinterne Fehlermeldesystems

Existiert ein einrichtungswinterne Fehlermeldesystem?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Tagungsfrequenz	monatlich
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	Stationsinterne Bearbeitung der Meldungen. Über Risikomanagement an BL; Patientenarmband; Umgang mit Medikamenten

#### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungswinterne Fehlermeldesystemen

Teilnahme an einem einrichtungswinterne Fehlermeldesystem	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
---	--

### A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

#### A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1	Prof. Dr. Exner, Bonn
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	2	Markus Pingel, Christian Sippel
Hygienefachkräfte (HFK)	2	Ebru Mentese, Katharina Berg, Luisa Dickel

Hygienebeauftragte in der Pflege	6	alle Fachleitungen der jeweiligen Fachabteilungen
Eine Hygienekommission wurde eingerichtet	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Tagungsfrequenz der Hygienekommission	monatlich	

### Vorsitzender der Hygienekommission

Name	Markus Pingel
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Telefon	0271 2345404
Fax	
E-Mail	markus.pingel@drk-kinderklinik.de

## A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Werden am Standort zentrale Venenkatheter eingesetzt?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

#### Der Standard thematisiert insbesondere

Hygienische Händedesinfektion	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Beachtung der Einwirkzeit	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Sterile Handschuhe	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriler Kittel	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Kopfhaut	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Mund-Nasen-Schutz	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriles Abdecktuch	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

#### Standard Liegedauer ZVK

Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

#### Der Standard thematisiert insbesondere

Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaphylaxe?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

Die standardisierte Antibiotikaphylaxe wird bei jedem operierten Patienten und jeder operierten Patientin mittels Checkliste (z.B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft?  ja

#### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor?  ja

##### Der interne Standard thematisiert insbesondere

Hygienische Händedesinfektion (vor, gegebenenfalls während und nach dem Verbandwechsel)  ja

Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))  ja

Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden  ja

Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe  ja

Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion  ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?  ja

#### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben?  Nein

Ist eine Intensivstation vorhanden?  Ja

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Intensivstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben?  Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen 278 ml/Patiententag

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen?  ja

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

Die standardisierte Information der Patientinnen und Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke\_node.html)  ja

Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patientinnen und Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden).  ja

Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen?  ja

Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patientinnen und Patienten?  ja

#### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Hygienebezogene Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar/ Erläuterung
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	jährlich	externer zertifizierter Dienstleister. Das PNZ greift auf die Infrastruktur der Kinderklinik zurück.
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	quartalsweise	Das PNZ greift auf die Infrastruktur der Kinderklinik zurück.

## A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	Das PNZ greift auf die Möglichkeiten der Kinderklinik zurück
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren	<input type="checkbox"/> Nein	
Patientenbefragungen	<input type="checkbox"/> Nein	
Einweiserbefragungen	<input type="checkbox"/> Nein	

### Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Arnd Dickel	marketing	0271 2345442		arnd.dickel@drk-kinderklinik.de

### Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Silke Schitz	Extern	0271 2345442		marketing@drkkinderklinik.de

## A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit

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

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe oder ein zentrales Gremium, die oder das sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht?	ja – Arzneimittelkommission
---	-----------------------------

### A-12.5.2 Verantwortliche Person

Name	Dr Manfred Schill
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Oberarzt
Telefon	0271 2345601
Fax	

E-Mail manfred.schill@drk-kinderklinik.de

### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	0
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	0
Kommentar/ Erläuterung	Versorgung durch externe Partnerapotheke

### 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 einrichtungswirtschaftlichen 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.

Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements vorgesehen?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja		
Werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja		
<b>Nr.</b>	<b>Instrument / Maßnahme</b>	<b>Zusatzangaben</b>	<b>Erläuterung</b>
SK01	Informationsgewinnung zur Thematik		
SK09	Sonstiges		

### A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h	Kommentar / Erläuterung
AA08	Computertomograph (CT)(X)		Ja	Das PNZ kann auf Geräte der Kinderklinik zurückgreifen.
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)(X)		Ja	Das PNZ kann auf Geräte der Kinderklinik zurückgreifen.
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)(X)		Ja	Das PNZ kann auf Geräte der Kinderklinik zurückgreifen.
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen(X)		Ja	Das PNZ kann auf Geräte der Kinderklinik zurückgreifen.
AA47	Inkubatoren Neonatologie(X)		Ja	Das PNZ kann auf Geräte der Kinderklinik zurückgreifen.

### A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A 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.

#### 14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet		
Das PNZ erfüllt die Voraussetzungen selbst nicht, Erfüllung am Standort Kinderklinik.		
Notfallstufe des Krankenhauses	Umstand der Zuordnung des Krankenhauses zur jeweiligen Notfallstufe	Modul der speziellen Notfallversorgung
Stufe 2	Erfüllung der Voraussetzungen der jeweiligen Notfallstufe	

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

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde.	Ja
Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden.	Ja

## Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

### B-[1].1 Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
Fachabteilungsschlüssel	1012
Art der Abteilung	Hauptabteilung

#### Chefärztinnen/-ärzte

Name	Markus Pingel
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Telefon	0271 / 2345404
Fax	
E-Mail	markus.pingel@drk-kinderklinik.de
Strasse / Hausnummer	Wichernstraße 40
PLZ / Ort	57074 Siegen
URL	

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V	Keine Zielvereinbarung getroffen
Kommentar/Erläuterung	

### B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VA01	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde	
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita	
VK12	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin	
VK23	Versorgung von Mehrlingen	

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

Vollstationäre Fallzahl	444
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-[1].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
P07	266	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert
P22	81	Atemnot [Respiratory distress] beim Neugeborenen
P39	18	Sonstige Infektionen, die für die Perinatalperiode spezifisch sind
P70	16	Transitorische Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels, die für den Fetus und das Neugeborene spezifisch sind
P36	11	Bakterielle Sepsis beim Neugeborenen
P28	10	Sonstige Störungen der Atmung mit Ursprung in der Perinatalperiode
P21	8	Asphyxie unter der Geburt
P02	7	Schädigung des Fetus und Neugeborenen durch Komplikationen von Plazenta, Nabelschnur und Eihäuten
P55	4	Hämolytische Krankheit beim Fetus und Neugeborenen
Q79	< 4	Angeborene Fehlbildungen des Muskel-Skelett-Systems, anderenorts nicht klassifiziert

### B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-930	441	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
8-010	366	Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen
8-711	340	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen
9-262	339	Postnatale Versorgung des Neugeborenen
8-706	250	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung
8-811	220	Infusion von Volumenersatzmitteln bei Neugeborenen
1-208	197	Registrierung evozierter Potenziale
8-560	132	Lichttherapie
8-121	122	Darmspülung
8-561	74	Funktionsorientierte physikalische Therapie

### B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

## B-[1].11 Personelle Ausstattung

### B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	11,20
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,20
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	11,20
Fälle je VK/Person	39,64285

#### davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	9,01
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,01
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	9,01
Fälle je VK/Person	49,27857
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin	
AQ34	Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder-Kardiologie	
AQ35	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neonatologie	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF28	Notfallmedizin	
ZF30	Palliativmedizin	

### B-11.2 Pflegepersonal

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,00
Fälle je VK/Person	0,00000

#### Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	19,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	19,00

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	0,00	
Stationäre Versorgung	19,00	
Fälle je VK/Person	23,36842	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		38,50

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung**

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs	
PQ09	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP01	Basale Stimulation	
ZP02	Bobath	
ZP08	Kinästhetik	
ZP15	Stomamanagement	
ZP16	Wundmanagement	

**B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**
**Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen**

Anzahl Vollkräfte	1,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,00
Fälle je VK/Person	444,00000

## Teil C - Qualitätssicherung

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

Über § 136a und § 136b 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 / entfällt

### C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung
Leistungsbereich: Perinatalzentrum Level 1
Bezeichnung des Qualitätsindikators: <a href="https://perinatalzentren.org/startseite/">https://perinatalzentren.org/startseite/</a>
Ergebnis: siehe Online-Vergleichswerte, durchschnittlich
Messzeitraum: jeweils die letzten 5 Jahre
Datenerhebung: jährlich
Rechenregeln:
Referenzbereiche:
Vergleichswerte:
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage:

### C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V

#### C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

Leistungsbereich	Mindestmenge	Erbrachte Menge	Ausnahmetatbestand	Kommentar/ Erläuterung
Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht < 1250 g	14	43		

#### C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht < 1250 g
Leistungsberechtigung für das Prognosejahr	ja
Im Berichtsjahr erbrachte Leistungsmenge	43
Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge	35
Die Prognose wurde von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt	ja
Erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung (§ 6 Mm-R)	
Sondergenehmigung der Landesbehörden zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erteilt	

### C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")

Nr.	Vereinbarung bzw. Richtlinie	Kommentar/Erläuterung
CQ05	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen – Perinatalzentrum LEVEL 1	Das Perinatalzentrum (Level 1) versorgt ca. 80 Frühgeborene < 1.500 g pro Jahr. Teilnahme an Neo-KISS-Programm

### C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	33
Anzahl derjenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	7
Anzahl derjenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	7

(\* ) nach den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus“ (siehe [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de))

### C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt