KRH Geriatrie Langenhagen

Mensch. Medizin. Miteinander.

KRH Geriatrie Langenhagen

Strukturierter Qualitätsbericht

gemäss § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser

2016

Zertifikat seit 2010
audit berufundfamilie

Unternehmen der Region Hannover

KRH
KLINIKUM REGION HANNOVER

Das KRH Klinikum Region Hannover ist ein Verbund von zehn Krankenhäusern in der Trägerschaft der Region Hannover. Die Krankenhäuser liegen in einem Umkreis von ca. 30 km im Umland und im Zentrum von Hannover.

Gemeinsam stark für die Gesundheit

Im KRH Klinikum Region Hannover schlagen wir eine Brücke von der Medizin und der Pflege direkt zu den Menschen: durch Nähe, Menschlichkeit und Dialog.

Wir führen das Unternehmen als Netzwerk, ein Netzwerk von Menschen und Informationen. Dabei zeigt sich immer wieder: Dieses Netzwerk ist viel mehr als die Summe seiner Teile. Hier verlassen sich alle aufeinander, entwickeln sich miteinander, lernen voneinander. Die Patienten sind für uns auch ein Teil dieses Netzwerks. Was wir machen, machen wir für Sie. Wir verändern, wir treiben voran, aber wir bewah¬ren auch das, was uns in dieser hektischen Zeit immer wichtiger erscheint: Menschlichkeit und Vertrauen.
Menschlichkeit, Vertrauen, Dialog und Nähe sind für uns wichtige Grundsätze unseres Handelns – für die gesamte KRH-Klinikgruppe und für jeden Einzelnen. Wir tun unser Bestes, damit sich die Patienten bei uns gut aufgehoben fühlen. Diese Leidenschaft für die Arbeit im Krankenhaus, verbunden mit hohem fachlichen Können, macht das KRH Klinikum Region Hannover so stark – stark für die Gesundheit.

Flächendeckende Versorgung auf hohem Qualitätsniveau für unsere Patienten

Das KRH Klinikum Region Hannover mit seinen zehn Krankenhäusern und der Notfallversorgung Springe steht für wohnort- und bürgernahe Versorgung unter einem Dach und gewährleistet in der Region Hannover flächendeckend Medizin und Pflege in exzellenter Qualität – in nahezu allen medizinischen Fachgebieten. Unsere Patienten und Zuweiser schätzen sowohl unser ausgewogenes Leistungsspektrum der Grund-, Regel- und Maximalversorgung als auch in unse¬rem Klinikverbund bestehende innovative Spezialdisziplinen wie zum Beispiel Pneumologie, Thoraxchirurgie, Neurochirurgie, Augen- und Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, die von überregionaler Bedeutung sind.

Als kommunaler Krankenhausverbund sind wir im Eigentum der Bevölkerung der Region Hannover. Unser Auftrag ist es, die stationäre Versorgung von fast 1,2 Millionen Menschen sicherzustellen und zu entwickeln. Patientinnen und Patienten der unterschiedlichsten Herkunft aller Altersgruppen schenken uns ihr Vertrauen. Etwa 300.000 Menschen werden stationär und ambulant in unseren Kliniken und Instituten Jahr für Jahr behandelt. Ob im Klinikum Agnes Karll Laatzen, im Klinikum Großburgwedel, im Klinikum Lehrte, im Klinikum Neustadt am Rübenberge, im Klinikum Nordstadt, im Klinikum Robert Koch Gehrden, im Klinikum Siloah, in der Geriatrie Langenhagen, in der Psychiatrie Langenhagen oder in der Psychiatrie Wunstorf: unser Ziel ist es, dass die Bevölkerung der Region Hannover die stationäre medizinische und pflegerische Versorgung erhält, die jede und jeder von Ihnen benötigt – und das auf dem aktuellen Stand der medizinischen Forschung und Entwicklung, so wohnortnah wie möglich und so speziell wie nötig.

Dr. med. Matthias Bracht, Barbara Schulte und Michael Born (v. l.)
(Geschäftsführer KRH Klinikum Region Hannover)

Dabei müssen wir unser medizinisches und pflegerisches Angebot so effizient wie möglich erbringen. Nach Verlusten in den Vorjahren sind wir wirtschaftlich auf gutem Weg. Der KRH-Wirtschaftsplan für das Jahr 2018 geht von einem weiterhin stabilen und ausgeglichenen Ergebnis aus. Damit bestätigt sich der eingeschlagene Weg der Gesundung des kommunalen Krankenhauskonzerns.

All die Anstrengungen, die wir in den zurückliegenden Monaten und Jahren unternommen haben, sind dabei kein Selbstzweck, sondern dienen dazu, uns wirtschaftliche Spielräume zu erarbeiten und die Klinikstandorte zukunftsfähig aufzustellen. Dazu haben in unser Leistungs- und Versorgungsangebot investiert und werden dies auch künftig tun.

Wir danken unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und wissen, dass wir sehr sorgfältig mit ihnen umgehen müssen, damit wir in einer Gesellschaft, die vom zunehmenden Fachkräftemangel geprägt sein wird, ausreichend hoch qualifizierte Fachkräfte für unsere wichtigen und komplexen Aufgaben gewinnen können.

Medizinische Leistungsdaten *

Med. Leistungsdaten	2016	Veränd. in %	2015
Planbetten	3.202	0,06	3.200
davon Reha & Forensik	151	0,00	151
Stationäre Fälle	132.639	0,49	131.989
Ambulante Fälle	222.418	-1,65	226.138
Nutzungsgrad	83,7%	2,83	81,4%
Verweildauer[1]	7,4	0,00	7,4

Kennzahlen in Mio. €	2016	Veränd. in %	2015
Umsatz	578,4	10,71	522,4
Personalaufwand	389,1	-0,18	389,8
Materialaufwand	114,7	16,96	98,1
EBITDA[2]	31	>100	13,4
Jahresüberschuss	3,7	>100	– 7,6
Investitionen	17,8	-59,30	43,7

Personal	2016	Veränd. in %	2015
Mitarbeiter [3]	6.607	-2,29	6.762
Auszubildende	611	-4,38	639

[1] Durchschnitt in Tagen
[2] unter Berücksichtigung der außerordentlichen Aufwendungen
[3] Vollkräfte, Ermittlung gemäß § 267 Abs. 5 HGB

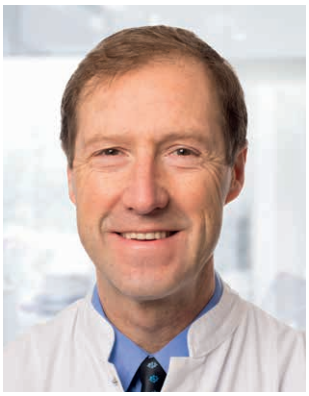
* Stand August 2017

Die von einem großen, schönen Parkgelände umgebene KRH Geriatrie Langenhagen gehört seit 2005 zur Trägerschaft des Klinikums Region Hannover und arbeitet bereits seit über 25 Jahren sehr erfolgreich auf dem Gebiet der Geriatrie. Sie ist die zweitälteste Geriatrie in Niedersachsen. Die geriatrische Tagesklinik wurde 1995 eröffnet.

Die KRH Geriatrie Langenhagen ist Mitglied des Landesverbandes Geriatrie (LVG) und der Bundesarbeitsgemeinschaft Geriatrie. Sie erfüllt die Kriterien für ein geriatrisches Zentrum mit Versorgungsauftrag nach § 39 SGB V (akutgeriatrische Behandlung) und § 40 Abs. 2 SGB V (§ 111 SGB V – geriatrische Rehabilitation), d.h. sie bietet das komplette abgestufte Versorgungskonzept für alte und hochaltrige Menschen an.

Die KRH Geriatrie Langenhagen ist zertifizierte Beratungsstelle der Deutschen Kontinenzgesellschaft.

DIREKTORIUM
KRH Geriatrie Langenhagen

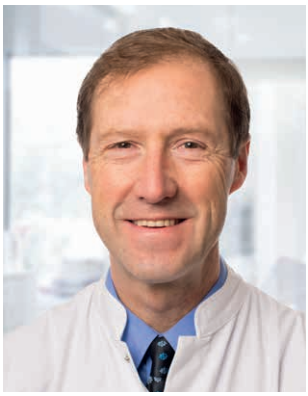


Ärztlicher Direktor
Dr. med. Martin Stolz, MPH
Sekretariat: Frau E. Seefeld
Telefon: (0511) 7300 301
Fax: (0511) 7300 306
E-Mail: martin.stolz@krh.eu

Pflegedirektorin
Birgit Krukemeier
Sekretariat: Frau R. Linne
Telefon: (0511) 7300 603
Fax: (0511) 7300 605
E-Mail: birgit.krukemeier@krh.eu

Kaufmännischer Direktor
Johannes Brack
Sekretariat: Frau M. Jacobus
Telefon: (0511) 7300 201
Fax: (0511) 7300 209
E-Mail: johannes.brack@krh.eu

KLINIKEN
KRH Geriatrie Langenhagen



Klinik für Geriatrie

Chefarzt:
Dr. med. Martin Stolz, MPH
Telefon: (0511) 7300 301
Fax: (0511) 7300 306
E-Mail: martin.stolz@krh.eu

Die 11 Standorte des KRH Klinikums Region Hannover

KRH Geriatrie Langenhagen

Rohdehof 3
30853 Langenhagen
Telefon: (0511) 7300 02
Fax: (0511) 7300 306
E-Mail: info.geriatrie-langenhagen@krh.eu
Web: www.krh.eu/geriatrie-langenhagen

Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V

für das

Berichtsjahr 2016

KRH Geriatrie Langenhagen (Akut-Geriatrie)

Dieser Qualitätsbericht wurde am 04. Dezember 2016 erstellt.

Inhaltsverzeichnis

- Einleitung ... 4

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts ... 7

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses ... 7

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers ... 8

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus ... 8

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie ... 8

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses ... 9

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses ... 11

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit ... 12

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses ... 13

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus ... 13

A-10 Gesamtfallzahlen ... 13

A-11 Personal des Krankenhauses ... 13

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung ... 27

A-13 Besondere apparative Ausstattung ... 41

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen ... 43

B-1 Geriatrie Langenhagen ... 43

C Qualitätssicherung ... 53

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 136 Abs.1 Satz 1 Nr.1 SGB V (QS-Verfahren) ... 53

C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate ... 53

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V ... 53

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V ... 53

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung 53

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V 75

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V 76

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 76

D Qualitätsmanagement 77

D-1 Qualitätspolitik 77

D-2 Qualitätsziele 78

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements 78

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements 78

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte 79

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements 79

- Einleitung

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts	
Funktion	Leitender Oberarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Ulrich Nennmann
Telefon	0511/7300-314
Fax	0511/7300-306
E-Mail	ulrich.nennmann@krh.eu

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts	
Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Martin Stolz
Telefon	0511/7300-301
Fax	0511/7300-306
E-Mail	martin.stolz@krh.eu

Weiterführende Links
Link zur Homepage des Krankenhauses: http://krh.eu/klinikum/GEL/Seiten/default.aspx
Link zu weiterführenden Informationen:

Einleitung

Die in einem großen Parkgelände liegende KRH Geriatrie Langenhagen umfasst je einen Krankenhausbereich für Akut-Geriatrie, stationäre geriatrische Rehabilitation und teilstationäre geriatrische Rehabilitation in der Tagesklinik - also das komplette abgestufte geriatrische Versorgungskonzept.

Der vorliegende Qualitätsbericht enthält die Leistungs- und Strukturdaten der Klinik für Akut-Geriatrie. Wie alle anderen Häuser der Klinikum Region Hannover GmbH ist die Klinik für Akut-Geriatrie Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH).

Jeder alternde Mensch wünscht sich für seine Zukunft, gesund zu sein und zu bleiben und, so lange es geht, selbständig im Leben zu stehen. Ältere Menschen haben aber andere Bedürfnisse als jüngere und stellen oftmals eine große Herausforderung an medizinische und soziale Organisationen dar. Der alternde Organismus behält auch noch bis in das höchste Alter hinein viele Möglichkeiten, Altersveränderungen auszugleichen oder nach Erkrankung wieder Selbständigkeit zu erlangen. Die Geriatrie mit ihrem spezialisierten umfassenden Ansatz, der Gesundheitsförderung, Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Palliation umfasst, kann dabei dem alten Menschen am effektivsten Unterstützung bieten mit dem Ziel einer bestmöglichen Lebensqualität und oberster Orientierung an den realen Bedürfnissen des Patienten. In der Geriatrie liegt das primäre Behandlungsziel oft im Erhalt oder in der Verbesserung der funktionellen Kapazität, um eine Rückführung in die häusliche Umgebung zu ermöglichen. Zu diesem Zweck werden spezifische geriatrische Methoden eingesetzt: einerseits das multimodale geriatrische Assessment als strukturierter diagnostischer Prozess zur Erfassung der medizinischen, funktionellen und psychosozialen Defizite und Ressourcen, das die Basis für einen umfassenden weiteren Behandlungs- und Betreuungsplan darstellt; andererseits die frühestmögliche Mobilisierung und der Einsatz von Methoden, die sich auf die Wiederherstellung der Alltagsfunktionalität konzentrieren, wenn diese durch Erkrankungen wie Schlaganfall, Parkinson, Schenkelhalsbruch oder Verlust von Gliedmaßen u.a. bedroht oder verloren gegangen sind.

Besonderes Kennzeichen der geriatrischen Behandlung ist die Betreuung durch ein therapeutisches Team, das aus Ärzten unterschiedlicher Fachrichtung (Innere Medizin, Neurologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin mit verschiedenen Zusatzbezeichnungen wie Klinische Geriatrie, Rettungsmedizin, Physikalische Therapie und Balneologie, Palliativmedizin, Verkehrsmedizinische Begutachtung, Pulmonologie) besteht, sowie aus in der geriatrischen Fachpflege zusätzlich ausgebildeten Pflegekräften, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, (Neuro-) Psychologen und Sozialarbeitern, sodass bei allen Patienten bereits in der Akutgeriatrie eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung in einem multiprofessionellen Team durchgeführt wird.

Innerhalb des Teams nimmt jeder Bereich seine speziellen Aufgaben wahr:

Die Leitung des Behandlungsteams liegt in fachärztlicher Hand, wobei bei Bedarf Kollegen aller Fachrichtungen beratend hinzugezogen werden können, so dass eine interdisziplinäre Arbeit im Interesse des Patienten gewährleistet ist.

Der Pflegedienst ist zusätzlich besonders auf die Wundversorgung und therapeutisch-aktivierende Pflege der Patienten spezialisiert.

Die Sprachtherapeuten und Logopäden befassen sich mit der Diagnostik und Therapie der Sprach-, Sprech- und/ oder Schluckstörungen und beraten ggfs. auch Angehörige.
Der psychologische Dienst konzentriert sich auf die neuropsychologische Diagnostik, Kognitionstraining und therapeutische Gespräche.
Die Physiotherapeuten widmen sich der Verbesserung basaler Funktionen des Bewegungsapparates der Patienten. Hierfür nutzen sie auch Trainingsgeräte wie Zugapparate, ein Laufband, Motomed-Geräte für Mobilisations- und Kräftigungsübungen von Armen und/ oder Beinen oder den Balancemaster zum Erlernen verschiedener Belastungsmodalitäten und im Rahmen des Konzentrationstrainings.
In der angeschlossenen physikalischen Abteilung werden Massagen, Thermotherapie, Elektro- und Ultraschallbehandlungen, Lymphdrainagen, CO2-Bäder u.a. durchgeführt.
Zu den Aufgaben der Ergotherapeuten zählt u.a. die Diagnostik und Therapie von neurophysiologischen Störungen, das alltagsorientierte Training der Patienten und vor allem die Beratung, welche Hilfsmittel zum Erhalt der Selbständigkeit bzw. welche Anpassungen des Wohn- und Lebensraumes sinnvoll sind, wobei auch Hausbesuche durchgeführt werden können.
Wenn möglich, werden Angehörige und betreuende Personen vom gesamten therapeutischen Team mit in die Therapie einbezogen und speziell geschult.
Der Sozialdienst der KRH Geriatrie Langenhagen bietet Beratung und Unterstützung bei der Organisation von Hilfen für das
Leben nach der Entlassung, Unterstützung bei Antrags- und Widerspruchsverfahren, bei Behördenkontakten und viele andere praktische Hilfen an. Falls die Rückkehr in einen Privathaushalt nicht mehr möglich sein sollte, berät und unterstützt er ebenfalls bei der Suche nach einem neuen „Zuhause".

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus	
Krankenhausname	KRH Geriatrie Langenhagen (Akut-Geriatrie)
Hausanschrift	Rohdehof 3 30853 Langenhagen
Telefon	0511/7300-301
Fax	0511/7300-306
Postanschrift	Sekretariat Geriatrie Langenhagen Rohdehof 3 30853 Langenhagen
Institutionskennzeichen	260321224
Standortnummer	00
URL	http://www.krh.eu/klinikum/GEL

Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Ärztlicher Direktor, Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Martin Stolz
Telefon	0511/7300-301
Fax	0511/7300-306
E-Mail	martin.stolz@krh.eu

Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin	
Funktion	Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name	Frau Birgit Krukemeier
Telefon	0511/7300-600
Fax	0511/7300-605
E-Mail	birgit.Krukemeier@krh.eu

Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin	
Funktion	Kaufmännischer Direktor
Titel, Vorname, Name	Herr Johannes Brack
Telefon	0511/7300-200
Fax	0511/7300-209
E-Mail	johannes.brack@krh.eu

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger	
Name	Klinikum Region Hannover GmbH
Art	Öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhausart	
Krankenhausart	Akademisches Lehrkrankenhaus
Universität	Medizinische Hochschule Hannover

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Trifft nicht zu.

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP53	Aromapflege/-therapie	
MP04	Atemgymnastik/-therapie	
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/ Konzentrationstraining	
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	
MP63	Sozialdienst	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP51	Wundmanagement	
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP06	Basale Stimulation	
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP18	Fußreflexzonenmassage	
MP21	Kinästhetik	
MP45	Stomatherapie/-beratung	
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	

MP26	Medizinische Fußpflege	Medizinischer Fußpfleger kommt auf Anforderung von Patienten ins Haus.
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst	
MP61	Redressionstherapie	
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Parkinsonselbsthilfegruppe, Rheumaliga

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Link	Kommentar
NM14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	Kosten pro Tag: 0€		
NM17	Rundfunkempfang am Bett	Kosten pro Tag: 0€		
NM18	Telefon am Bett	Kosten pro Tag: 1,50€ Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,10€ Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0,00€		8 € Kaution pro Telefonkarte, bei Rückgabe wird das Geld erstattet
NM30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	Kosten pro Stunde maximal: 0,00€ Kosten pro Tag maximal: 0€		
NM01	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum			
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)			
NM40	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen			
NM42	Seelsorge			
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle			
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle			

NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	Angebote für besondere Ernährungsgewohnheiten: Diätassistenten besprechen kultursensible Essgewohnheiten, zum Beispiel Verzicht auf Schweinefleisch.		

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF15	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche oder Ähnliches
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
BF24	Diätetische Angebote
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
BF11	Besondere personelle Unterstützung
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
BF25	Dolmetscherdienst
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
BF04	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	
FL02	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen	Lehrauftrag im Wintersemester 2015 und Sommersemester 2016 als Gastdozentin
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	Curriculum Geriatrie Care zusammen mit dem Bildungszentrum der Hochschule Hannover

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin	Blöcke der praktischen Ausbildung finden in der Geriatrie statt.
HB06	Ergotherapeut und Ergotherapeutin	Blöcke der praktischen Ausbildung finden in der Geriatrie statt.
HB03	Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin	Blöcke der praktischen Ausbildung finden in der Geriatrie statt.

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Betten	
Betten	40

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	847
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte/innen Akutgeriatrie

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

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 5,5

Kommentar: gesamt nur für Akutgeriatrie

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,5	Ärzte/innen Akutgeriatrie
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,5	
Nicht Direkt	0	

Davon Fachärzte/innen insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 4

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4	
Nicht Direkt	0	

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Davon Fachärzte/innen ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Belegärzte/innen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 0

A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 23,09

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	23,09	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	23,09	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 10,79

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,79	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,79	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 2,68

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,68	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,68	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Medizinische Fachangestellte

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0,52

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,52	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,52	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Nur für Akutgeriatrie

SP43 - Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF)

Anzahl Vollkräfte: 0,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,5	Nur für Akutgeriatrie
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,5	
Nicht Direkt	0	

SP25 - Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

SP21 - Physiotherapeut und Physiotherapeutin

Anzahl Vollkräfte: 5

Kommentar: nur für Akutgeriatrie, zusätzliche Therapeuten für stationäre Reha in der Fachklinik

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5	nur Akutgeriatrie, zusätzlich Therapeuten für stationäre Reha in der Fachklinik
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5	
Nicht Direkt	0	

SP14 - Logopäde und Logopädin/ Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin

Anzahl Vollkräfte: 1

Kommentar: Angabe in Vollkräften

nur für Akutgeriatrie, zusätzliche Therapeuten für stationäre Reha in der Fachklinik

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	Angabe in Vollkräften: nur für Akutgeriatrie, zusätzliche Therapeuten für stationäre Reha in der Fachklinik
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

SP05 - Ergotherapeut und Ergotherapeutin

Anzahl Vollkräfte: 4

Kommentar: nur für Akutgeriatrie, zusätzliche Therapeuten für stationäre Reha in der Fachklinik

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4	nur für Akutgeriatrie, zusätzliche Therapeuten für stationäre Reha in der Fachklinik
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4	
Nicht Direkt	0	

SP15 - Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin

Anzahl Vollkräfte: 1

Kommentar: nur für Akutgeriatrie, zusätzliche Therapeuten für stationäre Reha in der Fachklinik

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	nur für Akutgeriatrie, zusätzliche Therapeuten für stationäre Reha in der Fachklinik
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

SP30 - Hörgeräteakustiker und Hörgeräteakustikerin

Anzahl Vollkräfte: 1

Kommentar: Anforderung nach Bedarf in Zusammenarbeit mit extern

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	Anforderung nach Bedarf in Zusammenarbeit mit extern
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

SP57 - Klinischer Neuropsychologe und Klinische Neuropsychologin

Anzahl Vollkräfte: 0,5

Kommentar: nur für Akutgeriatrie, zusätzlicher Neuropsychologe für stationäre Reha in der Fachklinik

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,5	nur für Akutgeriatrie zusätzliche Neuropsychologe für stationäre Reha in der Fachklinik
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,5	
Nicht Direkt	0	

SP56 - Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA)

Anzahl Vollkräfte: 0,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,5	
Nicht Direkt	0	

SP18 - Orthopädiemechaniker und Bandagist und Orthopädiemechanikerin und Bandagistin/Orthopädieschuhmacher und Orthopädieschuhmacherin

Anzahl Vollkräfte: 1

Kommentar: Anforderung nach Bedarf von extern

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	Anforderung nach Bedarf von extern
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Anzahl Vollkräfte: 8

Kommentar: Bobathzusatzausbildung der Mitarbeiter im Bereich Physiotherapie und Ergotherapie

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8	Bobathzusatzausbildung der Mitarbeiter im Bereich Physiotherapie und Ergotherapie
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8	
Nicht Direkt	0	

SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Anzahl Vollkräfte: 4

Kommentar: med. Bademeister und Masseure mit dieser Zusatzausbildung und Physiotherapeuten

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4	med. Bademeister und Masseure mit dieser Zusatzausbildung und Physiotherapeuten
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4	
Nicht Direkt	0	

SP27 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie

Anzahl Vollkräfte: 1

Kommentar: Stomatherapeuten kommen ins Haus

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	Stomatherapeuten kommen ins Haus
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Anzahl Vollkräfte: 2

Kommentar: Pflegepersonal mit Zusatzausbildung Wundmanagement

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2	Pflegepersonal mit Zusatzausbildung Wundmanagement
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2	
Nicht Direkt	0	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	
Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Martin Stolz
Telefon	0511/7300-301
Fax	0511/7300-306
E-Mail	martin.stolz@krh.eu

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium	
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Frau Dr. med. Martin Stolz (Ärztlicher Direktor) Herr Dr. med. Ulrich Nennmann (Leitender Oberarzt) Herr Wolfram Noack (stellvertretende Pflegedienstleitung)
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Angaben zur Person	
Angaben zur Person	Entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement	
Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Martin Stolz
Telefon	0511/7300-301
Fax	0511/7300-306
E-Mail	martin.stolz@krh.eu

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe	
Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe	Ja - Wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement
Beteiligte Abteilung / Funktionsbereich	Frau Dr. med. Martin Stolz (Ärztlicher Direktor) Herr Dr. med. Ulrich Nennmann (Leitender Oberarzt) Herr Wolfram Noack (stellvertretende Pflegedienstleitung)
Tagungsfrequenz des Gremiums	

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: Ordner 09.5 Risikomanagement Datum: 06.11.2015	mitgeltende Dokumente: 09.5.1. PR - Risikofrüherkennung Belegung 09.5.1.2 PR - Handbuch Risikofrüherkennungssystem KRH 09.5.2.1 HRL-Anti-Fraud-Management KRH 09.5.3.1 HA - Geschäftsanweisung Meldung besondere Vorkommnisse 09.5.3.2 HA - Anleitung zur Risikobewertung KRH
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		monatliche von der Ärztekammer zertifizierte Fortbildungen vor Ort + Fortbildungen aus dem Bildungsprogramm der KRH + externe Fortbildungen
RM03	Mitarbeiterbefragungen		alle 3 Jahre per Fragebogen anonym
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	mitgeltende Dokumente: 05.2.6 HRL - Reanimation 05.4.1 ST - Bauchchirurgischer Notfall

RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	mitgeltende Dokumente: 12.2.3 PR-Interventionsbaum Sturzprophylaxe 05.2.7 HRL - Sturzprophylaxe 05.6.17 FB - Sturzprotolkoll 05.6.71 FB - Morse Fall Scale 05.4.24 ST - Maßnahmenplan Sturzprophylaxe
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	mitgeltende Dokumente: Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege 05.1.13 PR-Erhebung und Dokumentation Dekubitalgeschwür 05.1.17 PR - Dekubituserfassung Braden Skala 05.6.88 FB - Wunddokumentation
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	mitgeltende Dokumente: 05.3.15 HA - Umgang mit Patientenfixiersystemen 05.6.52 FB - Fixierungsprotokoll Geriatrie

RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	elektronische Erfassung, Weiterleitung von Störungsmeldungen + Einsicht in aktuellen Abarbeitungsstatus für jeden MA
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Andere: wöchentliche Besprechung jedes Patienten im gesamten geriatrischen Team unter Leitung Geriater + Dokumentation	05.1.18 PR - wöchentliche Teambesprechungen
RM11	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	mitgeltende Dokumente: 05.3.7 HA - Medikamentenanordnung Arzt 05.3.10 HA - Stellen von flüssigen Oralia 05.3.12 HA . Stellen von Medikamenten 05.3.17 HA - Umsetzung von Medikamentenanordnung 05.3.14 HA - Umgang mit BTM
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		DIOmed per SAP für alle Bereiche abrufbar

RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	mitgeltende Dokumente: 05.1.6 PR - Kernprozeß Aufnahme bis Entlassung 05.1.7 PR - Entlassungsmanagmeent Pflege 05.1.10 PR - Entlassungsmanagement Sozialdienst 05.1.12 PR - Stationäre Entlassung - Ärzte 05.1.3 PR - Regelablauf Therapeuten

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem	
Internes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	wöchentlich
Verbesserung Patientensicherheit	Wir arbeiten nach folgenden Standards:

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	06.11.2015
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	quartalsweise

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Übergreifendes Fehlermeldesystem	
Übergreifendes Fehlermeldesystem	Nein

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1	
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftrage Ärztinnen	3	Für jeden Bereich gibt es einen benannten Arzt. Krankenhaushygieniker und hygienebeauftragte Ärzte werden von den HFK und den Hygieneansprechpartnern in der Pflege unterstütztVor Ort in der Akutgeriatrie
Fachgesundheits- und Krankenpfleger und Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	1	
Hygienebeauftragte in der Pflege	1	

Hygienekommission	
Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich

Hygienekommission Vorsitzender	
Funktion	Vorsitzender der Hygienekommisson
Titel, Vorname, Name	Dr. Cornelia Schnittger
Telefon	0511/7300301-
Fax	0511/7300306-
E-Mail	cornelia.schnittger@krh.eu

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

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 Antibiotikaprophylaxe	
Der Standard liegt vor	Trifft nicht zu

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

Keine Intensivstation im Hause

Händedesinfektionsmittelverbrauch	
Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch	
- auf allen Intensivstationen	0 ml/Patiententag
- auf allen Allgemeinstationen	18,33 ml/Patiententag
Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs	Nein

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

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 Mitarbeiter zum Umgang	
Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren	Ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		Findet analog der gesetzlichen und intern festgelegten Verfahren statt
HM09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		Finden jährlich und bei Bedarf regelmäßig statt
HM01	Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten	URL: http://krh.eu	SGB V, §137 Krankenhausspiegel Hannover
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name: MRSA-Plus-Netzwerk Region Hannover	
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Teilnahme (ohne Zertifikat)	Internes Konzept: Qualitätsziel Händehygiene seit 2007

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja	Es existierte von 2007 bis zum Berichtsjahr 2015 für alle Konzernkliniken ein Zentrales Beschwerdemanagement, bekannt als „Lob und Tadel“. Ab 2016 wurden die Meldewege zu Lob- Beschwerdemanagement verändert, so dass die Anliegen direkt in den Kliniken, Instituten und Zentralen Bereichen bei benannten Beschwerdekoordinatoren eingehen, strukturiert erfasst und direkt bearbeitet werden können. Die Kontaktdaten sind im Internet und Intranet des Unternehmens bekannt gegeben.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement(Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja	Es existierte 2016 eine schriftliche Verfahrensanweisung Beschwerdemanagement KRH, die für alle Kliniken und Organisationsbereiche des Unternehmens Gültigkeit hat. Dieses Konzept umfasst alle benannten Phasen von der Beschwerdestimulation bis zur Beschwerdeauswertung.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja	Jedes mündlich vorgetragene Anliegen wird vertrauensvoll im Beschwerdemanagement behandelt. Im Jahr 2016 wurde zu rund 20 % der Vorgänge die telefonische oder persönliche Kontaktaufnahme gewählt.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja	Das Verfahren zum Umgang mit schriftlichen Beschwerden ist geregelt. Die Anliegen im Zentralen Beschwerdemanagement wurden in 2016 zu 80 % schriftlich vorgetragen. Dabei wurde zu 15 % ein klassischer Brief genutzt. Der größte Anteil (65 %) aller Kontakte ging über neue Medien ein (E-Mail, Web-Formulare).

Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	Ja	Die Zeitziele (Reaktionslatenz) und die Beschwerdebedeutung sind im schriftlichen Konzept im Klinikum Region Hannover definiert. Der Eingang jedes Anliegens wird innerhalb von zwei Werktagen bestätigt. Die Gesamtdauer eines Vorganges ist in Abhängigkeit der Komplexität variabel und kann von wenigen Stunden (Sofortlösung) bis zu mehreren Wochen (umfangreiche Lösung) betragen. Jedes Anliegen wird mit einer abschließenden Antwort an die meldende Person beendet.

Regelmäßige Einweiserbefragungen	
Durchgeführt	Nein

Regelmäßige Patientenbefragungen	
Durchgeführt	Ja
Link	
Kommentar	Patientenfrgebogen mit 1/4 jährlicher Auswertung

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden	
Möglich	Ja
Link	http://www.krh.eu
Kommentar	Es sind anonyme Eingaben in das Zentrale Beschwerdemanagement möglich. Diese Form wurde in 2015 allerdings nicht genutzt, da die Meldenden in der Regel an einer aktiven Rückmeldung interessiert sind und persönlich dazu angesprochen werden möchten.

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement	
Funktion	Leitung Qualitäts- und Prozessmanagement
Titel, Vorname, Name	Frau Dr. med. Christine Gernreich
Telefon	0511/906-6530
E-Mail	christine.gernreich@krh.eu

Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements	
Link zum Bericht	http://www.krh.eu
Kommentar	

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherinnen

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin	
Funktion	Patientenfürsprecher
Titel, Vorname, Name	Herr Dr. med. Wilhelm Schultheis
Telefon	0511/7300-275
E-Mail	Patientenfuersprecher.Geriatrie-LGH@extern.krh.eu

Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprechern oder Patientenfürsprecherinnen	
Kommentar	Im Berichtsjahr 2015 wurden die Patientenfürsprecher für die Kliniken der Region Hannover ausgewählt. Die formale Berufung fand zu Beginn 2016 statt. Patientenfürsprecher sind keine Mitarbeiter des KRH Klinikum Region Hannover sondern unabhängige Personen, die sich ehrenamtlich engagieren.

Weitere Informationen bekommen Sie hier:
http://www.krh.eu

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA01	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinster elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen werden	-	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA18	Hochfrequenzthermotherapiegerät	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	-	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA47	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	-	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar

AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	-	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA23	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	-	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA14	Geräte für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	-	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA32	Szintigraphiescanner / Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten	-	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	-	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Geriatrie Langenhagen

B-1.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Geriatrie Langenhagen
Fachabteilungsschlüssel	0102
Art	Hauptabteilung

Chefärzte/-ärztinnen

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. Martin Stolz
Telefon	0511/7300-301
Fax	0511/7300-306
E-Mail	martin.stolz@krh.eu

Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Rohdehof 3	30853 Langenhagen	http://www.krh.eu/klinikum/GEL/Seiten/default.aspx

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
VI38	Palliativmedizin
VI39	Physikalische Therapie
VI40	Schmerztherapie
VI42	Transfusionsmedizin
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen

VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
VN04	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
VN16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen

B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung

Trifft nicht zu.

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	847
Teilstationäre Fallzahl	0

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	R29	143	Sonstige Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen
2	F05	123	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
3	S72	93	Fraktur des Femurs
4	S32	54	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens
5	I50	47	Herzinsuffizienz
6	S82	32	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
7	S42	30	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes
8	I63	24	Hirninfarkt
9	G20	20	Primäres Parkinson-Syndrom
10	J18	14	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet

B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-550	754	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
2	9-320	246	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens
3	1-902	189	Testpsychologische Diagnostik
4	9-200	181	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
5	9-984	112	Pflegebedürftigkeit
6	1-207	58	Elektroenzephalographie (EEG)
7	8-563	38	Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung
8	8-987	19	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
9	1-632	18	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
10	9-404	16	Neuropsychologische Therapie

B-1.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Privatambulanz Frau Dr. Schnittger	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)

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 Ärzte und Ärztinnen

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

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 5,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,5	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 154

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 4

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 211,75

Belegärzte/innen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ23	Innere Medizin
AQ42	Neurologie
AQ49	Physikalische und Rehabilitative Medizin
AQ63	Allgemeinmedizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF09	Geriatrie
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 23,09

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	23,09	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	23,09	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 36,68255

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 10,79

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,79	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,79	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 78,49861

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,68

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,68	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,68	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 316,04478

Medizinische Fachangestellte

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,52

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,52	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,52	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 1628,84615

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	4 Mitarbeiter haben diese Fachexpertise

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP01	Basale Stimulation	4 Mitarbeiter
ZP02	Bobath	18 Mitarbeiter
ZP18	Dekubitusmanagement	7 Mitarbeiter
ZP03	Diabetesberatung (DDG)	3 Mitarbeiter
ZP07	Geriatrie	4 Mitarbeiter
ZP08	Kinästhetik	4 Mitarbeiter
ZP19	Sturzmanagement	3 Mitarbeiter
ZP16	Wundmanagement	3 Mitarbeiter

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Trifft nicht zu

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 136 Abs.1 Satz 1 Nr.1 SGB V (QS-Verfahren)

QS Reha

C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

C-1.2.[1] Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem QS-Verfahren für 0:

C-1.2.[1] A.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

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

Leistungsbereich: QS-Reha,	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Datenerhebung von zentral
Ergebnis	keine Abweichung
Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	Strukturdaten
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	
Quellenangaben	

Leistungsbereich: Erkrankungen des Herzens	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	1.1 - Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter >19), Anteil Todesfälle, aufgetreten
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 8,6%
Vergleichswerte	Erwartungswert: nicht darstellbar
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen des Herzens	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	2.1 - Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (Alter >19), Anteil Todesfälle, aufgetreten
Ergebnis	Rate: 2,1% (Zaehler: 1, Nenner: 47)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 8,1%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 9,9%
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen des Herzens	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	3.11 - Katheter der Koronargefäße BEI Herzinfarkt (Alter >19), ohne Herzoperation, Todesfälle, aufgetreten
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 5,7%
Vergleichswerte	Erwartungswert: nicht darstellbar
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen des Herzens	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	3.121 - Diagnostischer Katheter der Koronargefäße OHNE HD Herzinfarkt ohne Herz-OP (Alter >19), Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 1,05%
Vergleichswerte	Ziel: < 1,05%
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen des Herzens	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	7.2 - Isolierter offener Aortenklappenersatz ohne weitere Herz-OP, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 2,44%
Vergleichswerte	Ziel: < 2,44%
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen des Herzens	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	7.5 - Operationen nur an den Koronargefäßen bei Herzinfarkt (Alter >19), Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 6,4%
Vergleichswerte	Erwartungswert: nicht darstellbar
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen des Herzens	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	7.6 - Operationen nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt (Alter >19), Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 1,9%
Vergleichswerte	Ziel: < 1,9%
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Schlaganfall (Stroke)	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	9.1 - Hauptdiagnose Schlaganfall, alle Formen (Alter >19), Anteil Todesfälle, aufgetreten
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 25)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 8,5%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 13,5%
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Schlaganfall (Stroke)	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	9.3 - Hirninfarkt (ICD I63, Alter >19), Anteil Todesfälle, aufgetreten
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 24)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 6,3%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 10,9%
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Schlaganfall (Stroke)	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	9.61 - Anteil Schlaganfall nicht näher bezeichnet (ICD I64)
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 25)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 1,8%
Vergleichswerte	Ziel: < 1,8%
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen der Lunge	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	14.2 - Pneumonie ohne Zuverlegungen, Tumor, Mukoviszidose, Alter>19, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 9,5%
Vergleichswerte	Erwartungswert: nicht darstellbar
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen der Lunge	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	15.1 - Chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD ohne Tumor, Alter >19), Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 10)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 3,8%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 5,2%
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen der Lunge	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	17.22 - Teilresektionen der Lunge bei Bronchialkarzinom, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 2,8%
Vergleichswerte	Ziel: < 2,8%
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen der Lunge	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	17.31 - Anteil der Pneumektomien bei Bronchialkarzinom
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 7,8%
Vergleichswerte	Ziel: < 20,0%
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Operationen an den Bauchorganen	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	18.1 - Cholezystektomie bei Gallensteinen ohne Tumorfälle, Anteil laparoskopische Ops
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 92,5%
Vergleichswerte	Ziel: > 92,5%
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Operationen an den Bauchorganen	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	18.3 - Cholezystektomie bei Gallensteinen, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 0,48%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,48%
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Operationen an den Bauchorganen	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	19.1 - Patienten mit Herniotomie ohne Darmoperation, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 0,09%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,09%
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Operationen an den Bauchorganen	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	21.311 - Kolonresektionen bei kolorekt. Karzinom ohne kompl. Diagnose, Anteil Todesfälle | V3.3
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 4,7%
Vergleichswerte	Ziel: < 4,7%
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Operationen an den Bauchorganen	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	21.313 - Rektumresektionen bei kolorekt. Karzinom, Anteil Todesfälle | V3.3
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 3,8%
Vergleichswerte	Ziel: < 3,8%
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Operationen an den Bauchorganen	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	21.321 - kolorektale Resektionen, bei Divertikel ohne Abszess/Perforation, Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 1,1%
Vergleichswerte	Ziel: < 1,1%
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Gefäßoperationen	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	26.1 - Extrakranielle Gefäß-Operationen, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 0,82%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,82%
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Gefäßoperationen	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	26.2 - Perkutane Stentimplantation in extrakranielle Gefäße, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 0,73%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,73%
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Gefäßoperationen	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	27.21 - Resektion/Ersatz abdominale Aorta bei Aneurysma, nicht rupturiert, offen operiert, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 8,2%
Vergleichswerte	Ziel: < 8,2%
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Gefäßoperationen	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	27.22 - Endovaskuläre Stent-Prothese abdominale Aorta bei Aneurysma (EVAR), nicht rupturiert, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 1,8%
Vergleichswerte	Ziel: < 1,8%
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Gefäßoperationen	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	28.11 - Becken-/Beinarterien-OP bei Claudicatio, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 0,41%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,41%
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Gefäßoperationen	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	28.12 - Becken-/Beinarterien-OP bei Ruheschmerz, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 2,2%
Vergleichswerte	Ziel: < 2,2%
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Gefäßoperationen	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	28.13 - Becken-/Beinarterien-OP bei Ulzeration oder Gangrän, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 4,9%
Vergleichswerte	Ziel: < 4,9%
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Geburtshilfe und Frauenheilkunde	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	32.1 - Geburten mit Anteil an Todesfällen der Mutter
Ergebnis	Rate: 0,0000% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 0,0035%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,0035%
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Geburtshilfe und Frauenheilkunde	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	32.21 - Vaginale Geburten mit Dammriss 3. und 4. Grades
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 1,9%
Vergleichswerte	Ziel: < 1,9%
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Geburtshilfe und Frauenheilkunde	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	34.1 - Hysterektomie bei gutartigen Erkrankungen (Alter >14), Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,000% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 0,063%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,063%
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Orthopädische und unfallchirurgische Krankheitsbilder	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	41.1 - Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei Koxarthrose und chronischer Arthritis, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 0,15%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,15%
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Orthopädische und unfallchirurgische Krankheitsbilder	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	42.1 - Hüft-Endoprothesen-Wechsel ohne Fraktur oder Infektion, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 0,97%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,97%
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Orthopädische und unfallchirurgische Krankheitsbilder	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	43.1 - Knie-Endoprothesen-Erstimplantation bei Gonarthrose und chronischer Arthritis, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,000% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 0,084%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,084%
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Orthopädische und unfallchirurgische Krankheitsbilder	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	44.1 - Knie-TEP-Wechsel / Komponentenwechsel (nach SQG 17/7), Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 0,17%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,17%
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Orthopädische und unfallchirurgische Krankheitsbilder	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	46.1 - Schenkelhalsfraktur (Alter > 19), Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 45)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 5,4%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 5,9%
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Orthopädische und unfallchirurgische Krankheitsbilder	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	46.2 - Pertrochantäre Fraktur, Alter>19, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 31)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 5,0%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 5,5%
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Orthopädische und unfallchirurgische Krankheitsbilder	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	47.41 - Exzision von Bandscheibengewebe (ohne Tumor, Trauma, kompl. WS-OP), Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,000% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 0,032%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,032%
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	50.1 - Nephrektomie bei bösartiger Neubildung Niere, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 1,9%
Vergleichswerte	Ziel: < 1,9%
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	50.2 - Partielle Nephrektomie bei bösartiger Neubildung Niere, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 0,47%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,47%
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	51.31 - Zystektomie (Entfernung der Harnblase), Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 4,7%
Vergleichswerte	Ziel: < 4,7%
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	52.1 - Prostata-TUR, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 0,21%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,21%
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	53.2 - Radikale Prostatovesikulektomie, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 0,2%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,2%
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Komplexe, heterogene Krankheitsbilder (Tracer für Peer Review)	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	56.1 - Beatmung > 24 Stunden (ohne Neugeborene), Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 33,1%
Vergleichswerte	Ziel: < 33,1%
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Komplexe, heterogene Krankheitsbilder (Tracer für Peer Review)	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	57.1 - Sepsis (als Hauptdiagnose), Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 28,6% (Zaehler: 2, Nenner: 7)
Messzeitraum	2016
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.0_2016
Referenzbereiche	Bundesreferenz- wert: 16,4%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 20,8%
Quellenangaben	https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_50_Band_2_2016.pdf IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Trifft nicht zu.

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	8
1.1	Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 1.1.1]	6
1.1.1	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 1.1]	6

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Qualitätsmanagementstrategie des Klinikverbundes

In dem Berichtsjahr 2016 wurde das Qualitätsmanagementkonzept im Klinikkonzern weiter umgesetzt und ausgebaut.

Das KRH hat seit Anfang des Jahres an allen Standorten Patientenfürsprecher. Damit setzt das Unternehmen eine Vorgabe des Landes Niedersachsen um. Die Arbeit der ehrenamtlichen Patientenfürsprecher ist sowohl auf der Standort- als auch auf der Konzernebene vernetzt mit dem KRH-eigenen Beschwerdemanagement. Der Gesetzgeber wünscht hierzu Doppelstrukturen mit dem patientenorientierten Beschwerdemanagement zu vermeiden; daher wurde an dieser Stelle für alle Beteiligten eine klare und integrative Struktur geschaffen, die die Unabhängigkeit der Patientenfürsprecher in keiner Weise einschränkt.

Eine der Grundphilosophien des KRH ist es, seine Versorgungsqualität ständig zu hinterfragen und weiterzuentwickeln. Qualitätsdarlegungen im Rahmen von Zertifizierungen sind unverändert auch ein probates Mittel der Zusicherung eines Qualitätsversprechens an unsere Patientinnen und Patienten. Auch im Jahr 2016 gab es erfolgreiche Erstzertifizierungen im Klinikverbund, so z.B. das Endoprothetik-Zentrum am Klinikum Neustadt oder aber auch das Energiemanagementsystem nach der ISO 50001 (Facilitymanagement, Haustechnik).

Ebenso konnte sich im Jahr 2016 das neue Verfahren zur Steuerung der Notfallkapazitäten in der Region Hannover etablieren (IVENA - Interdisziplinären Versorgungsnachweis). Damit kann der Rettungsdienst digital die genauen Versorgungskapazitäten aller Kliniken in der Region Hannover (trägerunabhängig) zeitgleich einsehen und die Verteilung der Patienten gezielt vornehmen.

Die Entscheidung zur konzernweiten Etablierung eines Beinahe-Fehlermeldesystem (CIRS) ist ebenso im Berichtsjahr getroffen und für die einheitliche praktische Umsetzung in 2017 vorbereitet worden.

Es zeichnete sich im Laufe des Berichtsjahres ab, dass durch das in Berlin neugegründete Institut IQTIG (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) sich für die Kliniken höhere Anforderungen zur Meldung von Qualitätsdaten ergeben würden. Daher wurde dieses Jahr genutzt um sich in allen Konzernkliniken entsprechend organisatorisch darauf vorzubereiten.

Für den einzelnen Patienten sind diese Veränderungen kaum spürbar, da es sich um ein sekundäres Dokumentationsverfahren von Qualitätsdaten handelt, die zentral bundesweit ausgewertet werden. Dennoch sind diese qualitätssichernden Maßnahmen förderlich zur Weiterentwicklung und Optimierung der Patientenversorgung. Denn

aufgrund der zusammengeführten Gesamtergebnisse werden Auffälligkeiten erkannt, fachlich nachbearbeitet und in Verbesserungsmaßnahmen umgesetzt. Diese Ergebnisse werden in Auszügen in leicht(er) verständliche Form freiwillig von uns im Internetportal www.krankenhausspiegel-hannover.de veröffentlicht.

Es werden durch die externen Qualitätssicherungsverfahren im Klinikkonzern rund 13% aller stationären Fälle qualitätsgesichert. Dies reicht dem Konzern jedoch nicht aus und daher wurde freiwillig der Beitritt bei der Initiative Qualitätsmedizin IQ^{M} vorgenommen. Im Jahr 2016 wurden rund 45% aller stationären Falldaten pseudo-anonymisiert ausgewertet. Teil dieses Projektes ist zudem die systematische Durchführung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen in den KRH Kliniken. Besondere Behandlungsverläufe, Komplikationen oder Todesfälle werden mit dem Ziel der Qualitätsentwicklung aufgearbeitet. Ergänzt werden diese Aktivitäten um eine vor Ort Auswertung nach einem IQ^{M} Stichprobenverfahren. Bei diesem sog. Peer Review Verfahren analysieren speziell ausgebildete Chefärztinnen und Chefärzte aus anderen Krankenhäusern ausgewählte Fälle und besprechen gemeinsam mit der behandelnden Klinik zu empfehlende Verbesserungsmöglichkeiten. Daraus haben sich wiederum erneut für die Kliniken Maßnahmen ableiten lassen. Der Austausch zwischen den Fachexperten am KRH sowie innerhalb des Klinikverbundes als auch in bundesweiten Qualitätsinitiativen (zum Beispiel IQM - Initiative Qualitätsmedizin) unterstützt uns bei der zielführenden Gestaltung einer messbaren medizinischen und pflegerischen Behandlungsqualität.

D-2 Qualitätsziele

Die Qualitätsziele werden zusammen mit dem gesamten Team der Geriatrie jährlich festgesetzt und auf einer Balance Score Card für die Bereiche Kundenperspektive, Prozessperspektive , Potentialperspektive und Geschäftsperspektive dokumentiert.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Die Geriatrie Langenhagen ist nach DIN ISO 9001:2008 zertifiziert, hat auch im Bereich der Akutgeriatrie die add on Zertifizierung „Qualitätssiegel Geriatrie“ und ist nach EMAS zertifiziert.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Jährliche intern durchgeführte Audits in allen Bereichen
Jährlich externe Audits (EQzert) in allen Bereichen
Mitarbeiterbefragung
Kontinuierliche, ganzjährliche Patientenbefragung

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Optimierung der Erfassung der Behandlungsfortschritte und Behandlungsziele der Multimodalen-multiprofessionalen frührehabilitativen geriatrischen Komplexbehandlung

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Jährliche Audits intern und extern für alle Bereiche