KRH Klinikum Siloah

Mensch. Medizin. Miteinander.

KRH Klinikum Siloah

Strukturierter Qualitätsbericht

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

2017

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 bewahren 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 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.

Mittlerweile zahlt sich der Konsolidierungskurs aus, den das KRH in den zurückliegenden Jahren verfolgt hat. Dies wird besonders bei den Investitionen sichtbar. Neben Fördermitteln und Zuwendungen des Eigentümers besteht nun die Möglichkeit, massiv mit Eigenmitteln dringend benötigte Maßnahmen umzusetzen. Insgesamt plant das Unternehmen für 2019 Investitionen in Höhe von fast 50 Millionen Euro. „Das KRH ist mittlerweile ein gesundendes Unternehmen", stellt der Aufsichtsratsvorsitzende, Regionspräsident Hauke Jagau, fest. „Die Beschäftigten haben die Basis gelegt, dass wir wieder deutlich mehr Spielräume haben, die notwendigen Zukunftsanpassungen vorzunehmen." Dazu gehört beispielsweise auch der Aufbau von Stellen in den Pflegeberufen. Hier sieht der Wirtschaftsplan 2019 200 zusätzliche Vollkraftstellen vor. Gleichzeitig wird umfänglich in die Digitalisierung investiert, um die Beschäftigten nachhaltig von professionsfremden Tätigkeiten zu entlasten.

Medizinische Leistungsdaten *

Med. Leistungsdaten	2017	Veränd. in %	2016
Planbetten davon Reha & Forensik	3174 151	-0,87 0,00	3.202 151
Stationäre Fälle	129.022	-2,73	132.639
Ambulante Fälle	216.041	-2,87	222.418
Nutzungsgrad (nur Somatik)	80,2%	-0,34	80,4%
Verweildauer (nur Somatik) [1]	5,7	0,35	5,7

Kennzahlen in Mio. €	2017	Veränd. in %	2016
Umsatz	579,0	0,10	578,4
Personalaufwand	397,4	2,14	389,1
Materialaufwand	113,4	-1,14	114,7
EBITDA[2]	42,5	37,99	30,8
Jahresüberschuss	21,8	>100	3,7
Investitionen	19,2	7,81	17,8

Personal	2017	Veränd. in %	2016
Mitarbeiter [3]	6.584	-0,3	6.607
Auszubildende	599	-2,0	611

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

* Stand August 2018

Das KRH Klinikum Siloah hat im September 2014 seine Tore geöffnet. Das moderne Krankenhaus im Herzen der Stadt Hannover bietet Ihnen als Patient ein hochwertiges und vielfältiges Leistungsspektrum. Mit diesem Neubau als patientenorientiertes Krankenhaus mit optimierten betriebswirtschaftlichen und -organisatorischen Abläufen sowie einer nachhaltig effizienten Energienutzung entstand eines der modernsten Krankenhäuser Niedersachsens. Im Klinikneubau wurden die traditionsreichen KRH Kliniken Siloah und Oststadt-Heidehaus zusammengeführt. Es vereint somit gewachsene Tradition und modernste Medizin. Das KRH Klinikum Siloah befindet sich innenstadtnah am Ufer der Ihme, gelegen in unmittelbarer Nachbarschaft zur HDI-Arena und zum Naherholungsgebiet Maschsee. Wie alle anderen Häuser des Klinikums Region Hannover ist auch das Siloah Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover.

DIREKTORIUM
KRH Klinikum Siloah

Geschäftsführender Direktor
Tomislav Gmajnic
Sekretariat: Elke Gottschalk
Telefon: (0511) 927 6021
Fax: (0511) 927 97 6020
E-Mail: tomislav.gmajnic@krh.eu

Ärztlicher Direktor (kommissarisch)
Prof. Dr. med. Michael Fantini
Sekretariat: Frau G. Bade
Telefon: (0511) 927 6010
Fax: (0511) 927 97 6010
E-Mail: michael.fantini@krh.eu

Pflegedirektorin
Erika Jaeger
Telefon: (0511) 927 6031
Fax: (0511) 927 97 6020
E-Mail: erika.jaeger@krh.eu

KLINIKEN
KRH Klinikum Siloah

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und minimalinvasive Chirurgie

Chefarzt:
Prof. Dr. med. Julian Mall
Telefon: (0511) 927 3100
Fax: (0511) 927 97 3100
E-Mail: julian.mall@krh.eu

Klinik für Gastroenterologie, interventionelle Endoskopie und Diabetologie

Chefarzt:
PD Dr. med. Ahmed Madisch
Telefon: (0511) 927 2100
Fax: (0511) 927 97 2100
E-Mail: ahmed.madisch@krh.eu

Klinik für Hämatologie und Onkologie

Chefarzt:
PD Dr. med. Dr. rer. nat. Martin Müller
Telefon: (0511) 927 2300
Fax: (0511) 927 97 2300
E-Mail: martin.mueller@krh.eu

KLINIKEN
KRH Klinikum Siloah

Klinik für Kardiologie, Rhythmologie und internistische Intensivmedizin

Chefarzt:
Prof. Dr. med. Andreas Franke
Telefon: (0511) 927 2200
Fax: (0511) 927 97 2200
E-Mail: andreas.franke@krh.eu

Klinik für Nephrologie, Angiologie und Rheumatologie

Chefarzt:
Prof. Dr. med. Reinhard Brunkhorst
Telefon: (0511) 927 2400
Fax: (0511) 927 97 2400
E-Mail: reinhard.brunkhorst@krh.eu

Klinik für Palliativmedizin

Leitung:
Dr. med. Markus Sosada
Telefon: (0511) 927 5210
Fax: (0511) 927 97 5210
E-Mail: markus.sosada@krh.eu

KLINIKEN
KRH Klinikum Siloah

Klinik für Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin

Chefarzt:
Prof. Dr. med. Bernd Schönhofer
Telefon: (0511) 927 2500
Fax: (0511) 927 97 2500
E-Mail: bernd.schoenhofer@krh.eu

Klinik für Thorax- und Gefäßchirurgie

Chefarzt:
Prof. Dr. Hans-Gerd Fieguth
Telefon: (0511) 927 3300
Fax: (0511) 927 97 3300
E-Mail: hans-gerd.fieguth@krh.eu

Klinik für Frauenheilkunde

Chefarzt:
Dr. med. Fakher Ismaéel
Telefon: (0511) 927 3600
Fax: (0511) 927 97 3600
E-Mail: fakher.ismaeel@krh.eu

KLINIKEN
KRH Klinikum Siloah

Klinik für Urologie

Chefarzt:
PD Dr. med. Christoph Wiesner
Telefon: (0511) 927 3200
Fax: (0511) 927 97 3200
E-Mail: christoph.wiesner@krh.eu

Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin

Chefarzt:
Prof. Dr. Dr. med. Martin Bauer, MPH
Telefon: (0511) 927 3400
Fax: (0511) 927 97 3400
E-Mail: martin.bauer@krh.eu

Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

Chefarzt:
Dr. med. Herbert Rosenthal
Telefon: (0511) 927 3500
Fax: (0511) 927 97 3500
E-Mail: herbert.rosenthal@krh.eu

Die 10 Standorte des KRH Klinikums Region Hannover

KRH Klinikum Siloah
Stadionbrücke 4
30459 Hannover
Telefon: (0511) 927 0
Fax: (0511) 927 97 7000
info.siloah@krh.eu
Web: www.krh.eu/siloah

Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V

für das

Berichtsjahr 2017

KRH Klinikum Siloah

Dieser Qualitätsbericht wurde am 17. August 2018 erstellt.

Inhaltsverzeichnis

-	**Einleitung**	**4**
A	**Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts**	**5**
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	5
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	6
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	6
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	6
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	7
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	10
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	12
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	13
A-9	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	16
A-10	Gesamtfallzahlen	16
A-11	Personal des Krankenhauses	16
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	28
A-13	Besondere apparative Ausstattung	42
B	**Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen**	**45**
B-1	Nephrologie, Angiologie und Rheumatologie	45
B-2	Kardiologie, Rhythmologie, internistische Intensivmedizin	52
B-3	Hämatologie und Onkologie	64
B-4	Gastroenterologie, Endoskopie und Diabetologie und Akutgeriatrie	71
B-5	Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin	79
B-6	Allgemein-, Viszeral- und minimalinvasive Chirurgie	89
B-7	Thorax- und Gefäßchirurgie	98
B-8	Urologie	106

B-9 Anästhesiologie und operative Intensivmedizin 114
B-10 Diagnostische und Interventionelle Radiologie 120
B-11 Palliativmedizin 128
B-12 Frauenklinik 133
C Qualitätssicherung 141
C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 141
C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate 141
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V 179
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V 179
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung 180
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V 195
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V 195
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 196
D Qualitätsmanagement 197
D-1 Qualitätspolitik 197
D-2 Qualitätsziele 199
D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements 200
D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements 200
D-5 Qualitätsmanagement-Projekte 202
D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements 207

- Einleitung

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts	
Funktion	Qualitätsmanagerin
Titel, Vorname, Name	Frau Carsta Seidel
Telefon	0511/927-7543
Fax	0511/927-976683
E-Mail	carsta.seidel@krh.eu

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts	
Funktion	kommissarischer Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Michael Fantini
Telefon	0511/927-6010
Fax	0511/927-976010
E-Mail	michael.fantini@krh.eu

Weiterführende Links
Link zur Homepage des Krankenhauses: http://krh.eu/siloah
Link zu weiterführenden Informationen:

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus	
Krankenhausname	KRH Klinikum Siloah
Hausanschrift	Stadionbrücke 4 30449 Hannover
Telefon	0511/927-0
Fax	0511/927-977000
Institutionskennzeichen	260321781
Standortnummer	00
URL	http://www.krh.eu/klinikum/SOH/Seiten/default.aspx

Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Thomas Moesta
Telefon	0511/927-6010
Fax	0511/927-976020
E-Mail	thomas.moesta@krh.eu

Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin	
Funktion	Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name	Frau Erika Jäger
Telefon	0511/927-6031
Fax	0511/927-976020
E-Mail	erika.jaeger@krh.eu

Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin	
Funktion	geschäftsführende Kaufmännische Direktorin
Titel, Vorname, Name	Frau Franziska Mecke Bilz
Telefon	0511/927-6021
Fax	0511/927-976020
E-Mail	farnziska.mecke-bilz@krh.eu

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger	
Name	KRH Klinikum Region Hannover
Art	Öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhausart	
Krankenhausart	Akademisches Lehrkrankenhaus
Universität	Medizinische Hochschule Hannover

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Psychiatrie	
Psychiatrisches Krankenhaus	Nein
Regionale Versorgungsverpflichtung	Nein

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP04	Atemgymnastik/-therapie	
MP21	Kinästhetik	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP53	Aromapflege/-therapie	trifft nicht zu
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	trifft nicht zu
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	
MP51	Wundmanagement	
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP22	Kontinenz Training/Inkontinenzberatung	
MP63	Sozialdienst	
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP45	Stomatherapie /-beratung	
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	trifft nicht zu
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	
MP54	Asthmaschulung	
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	
MP57	Biofeedback-Therapie	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP26	Medizinische Fußpflege	
MP27	Musiktherapie	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen	

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Link	Kommentar
NM14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	Kosten pro Tag: 3,90€		Internet , TV und Radio kosten pro Tag gesamt 3,90 Euro
NM15	Internetanschluss am Bett/im Zimmer	Kosten pro Tag: 0,00€		
NM17	Rundfunkempfang am Bett	Kosten pro Tag: 0,00€		
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€		
NM19	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer			gebührenfrei
NM30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	Kosten pro Stunde maximal: 1,50€ Kosten pro Tag maximal: 9,00€		pro Stunde 1,50 Euro Parkplatzgebühr
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)			
NM40	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen			wird angeboten

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Link	Kommentar
NM49	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen			Montagsvisiten zu verschiedenen medizinischen Themen der Fachkliniken und Kultur im SOH jeden ersten Mittwoch im Monat
NM65	Hotelleistungen			
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen			
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	Angebote für besondere Ernährungsgewohnheiten: Angebote für besondere Ernährungsgewohnheiten werden gemacht: Eingang auf religiöse und kulturelle Gewohnheiten		Eingang auf religiöse und kulturelle Gewohnheiten
NM42	Seelsorge			
NM67	Andachtsraum			

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
BF24	Diätetische Angebote
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien	Kl Allgemein- und Viszeralchirurgie Kl Gastroenterologie und Hepatologie Kl Kardiologie, Angioloige und internistische Intensivtherapie Kl Hämatologie und Onkologie Kl Urologie Kl Diagnostische und Interventionelle Radiologie Kl Pneumologie Kl Nephrologie, Angiologie Kl Thorax-Gefäßchirurgie
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Kl Anästhesiologie und Intensivtherapie Kl Allgemein- und Viszeralchirurgie Kl Gastroenterologie und Hepatologie Kl Kardiologie, Angioloige und internistische Intensivtherapie Kl Hämatologie und Onkologie Kl Urologie Kl Palliativ Kl Nephrologie, Angiologie, Hypertensiologie und Rheumatologie
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	Kl Kardiologie, Angioloige und internistische Intensivtherapie Kl Pneumologie, Internistische Intensiv- und Schlafmedizin Kl Thorax - Gefäßchirurgie
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien	Kl Gastroenterologie und Hepatologie Kl Kardiologie, Angioloige und internistische Intensivtherapie Kl Hämatologie und Onkologie Kl Pneumologie, Internistische Intensiv- und Schlafmedizin Kl Nephrologie, Angiologie, Hypertensiologie und Rheumatologie

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL05	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien	Kl Allgemein- und Viszeralchirurgie Kl Gastroenterologie und Hepatologie Kl Hämatologie und Onkologie Kl Pneumologie, Internistische Intensiv- und Schlafmedizin
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher	Kl Gastroenterologie und Hepatologie Kl Pneumologie, Internistische Intensiv- und Schlafmedizin Kl Nephrologie, Angiologie, Hypertensiologie und Rheumatologie
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	Kl Anästhesiologie und Intensivtherapie Kl Allgemein- und Viszeralchirurgie Kl Gastroenterologie und Hepatologie Kl Kardiologie, Angiologie Kl Hämatologie und Onkologie Kl Urologie Kl Pneumologie Kl Palliativ Kl Nephrologie

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin	Gesundheits- und Krankenpflege Operationstechnische Assistenz Physiotherapie Kauffrauen/Kaufmänner im Gesundheitswesen

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Betten	
Betten	555

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	27349
Teilstationäre Fallzahl	392
Ambulante Fallzahl	24848

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 195,9

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	195,9	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	195,9	
Nicht Direkt	0	

Davon Fachärzte/innen insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 93,66

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	93,66	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	93,66	
Nicht Direkt	0	

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte: 1,04

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,04	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,04	
Nicht Direkt	0	

Davon Fachärzte/innen ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte: 1,04

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,04	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,04	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl: 0

Kommentar: trifft nicht zu

A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 328,3

Kommentar: zusätzlich sind 17,5 VK als Servicekräfte im stationären Bereich für logistische und zuarbeitende pflegerische Aufgaben eingesetzt.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	317,3	
Ambulant	11	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	328,3	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 7

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	7	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7	
Nicht Direkt	0	

Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 3,71

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,71	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,71	
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: 3,71

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,71	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,71	
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	

Operationstechnische Assistenten(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3	
Nicht Direkt	0	

Medizinische Fachangestellte

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 6,85

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,85	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,85	
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 Ausgewählte therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP04 - Diätassistent und Diätassistentin

Anzahl Vollkräfte: 0,59

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,59	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,59	
Nicht Direkt	0	

SP15 - Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin

Anzahl Vollkräfte: 1,68

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,68	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,68	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 3,67

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,67	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,67	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 19,2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	19,2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	19,2	
Nicht Direkt	0	

SP21 - Physiotherapeut und Physiotherapeutin

Anzahl Vollkräfte: 10,23

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,23	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,23	
Nicht Direkt	0	

SP23 - Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin

Anzahl Vollkräfte: 1,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,5	
Nicht Direkt	0	

SP25 - Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin

Anzahl Vollkräfte: 0,39

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,39	Insgesamt werden zusätzlich 5,30 VK Case Manager für die Beratung eingesetzt.
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,39	
Nicht Direkt	0	

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Anzahl Vollkräfte: 2,7

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,7	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,7	
Nicht Direkt	0	

SP55 - Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)

Anzahl Vollkräfte: 9,11

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,11	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,11	
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	Qualitätsmanagerin
Titel, Vorname, Name	Frau Carsta Seidel
Telefon	0511/927-7543
Fax	0511/927-976683
E-Mail	carsta.seidel@krh.eu

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Die Besprechungsfrequenz ist unterschiedlich.
Steuerungsgruppen bezüglich der Betriebsorganisation Siloah gesamt treffen sich aller 14 Tage
Steuerungsgruppen der Zentren 6 mal im Jahr

6 interdisziplinäre Qualitätszirkel im Jahr
4 pflegerische Qualitätszirkel im Jahr
Qualitätsmanagementmultiplikatorentreffen erfolgen aller 8 Wochen

Lenkungsgremium	
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	interdisziplinärer Qualitätszirkel, je Organkrebszentrum, bzw. onkologisches Zentrum Interne Steuerungsgruppe, alle FA, Berufsgruppenvertretungen Qualitätszirkel Pflege standortübergreifend im KRH Qualitätsmultiplikatoren Meetings alle Abteilungen Organisationsentwicklungstreffen
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Angaben zur Person	
Angaben zur Person	Eigenständige Position für Risikomanagement

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement	
Funktion	Referentin ÄD, Risikomanagerin
Titel, Vorname, Name	Frau Nina Mengeling
Telefon	0511/927-6013
Fax	0511/927-976683
E-Mail	nina.mengeling@krh.eu

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe	
Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe	Ja - Arbeitsgruppe nur Risikomanagement
Beteiligte Abteilung / Funktionsbereich	Zentrale Steuerungsgruppe
Tagungsfrequenz des Gremiums	jährlich

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: RM 01 Datum: 01.08.2016	schriftliches Verfahren liegt vor
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		Grundsätzlich finden abteilungsspezifische und übergreifende Programme statt.
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Name: RM 04 Datum: 01.08.2016	Schriftlich beschriebenes Verfahren liegt vor
RM05	Schmerzmanagement	Name: RM 05 Datum: 01.08.2016	
RM06	Sturzprophylaxe	Name: RM 06 Datum: 01.08.2016	ist analog des WHO Standards eingeführt
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Name: RM 07 Datum: 01.08.2016	ist analog des WHO Standards eingeführt
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Name: RM 08 Datum: 01.08.2016	schriftlich beschriebenes Verfahren liegt vor
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Name: RM 09 Datum: 01.08.2016	ist analog der gesetzlichen Bestimmungen und intern als Verfahren geregelt
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Tumorkonferenzen Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen Palliativbesprechungen Qualitätszirkel	finden regelmäßig ganzjährig statt
RM11	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe	Name: RM 11 Datum: 01.08.2016	StOp liegt vor
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		SOH einheitlicher Standard

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten		Arbeitsgrundlage ist eine erweiterte WHO Checkliste werden regelhaft verwendet
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwartetem Blutverlust	Name: RM14 Datum: 01.08.2016	findet regelhaft statt
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Name: RM 15 Datum: 01.08.2016	werden geprüft und liegen vor
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechselungen	Name: RM 16 Datum: 01.08.2016	Verfahren ist in einem StOP geregelt
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Name: RM 17 Datum: 01.08.2016	StOP liegen vor
RM18	Entlassungsmanagement	Name: RM 18 Datum: 01.08.2016	schriftliches Verfahren liegt vor

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem	
Internes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise
Verbesserung Patientensicherheit	CIIRS vollumfänglich eingeführt im gesamten KH Siloah

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	25.07.2016
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	monatlich

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	0.5 Krankenhaushygienikerin vor Ort (50% der Stelle) , komplementär ärztlicher Leiter des IMMK
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftrage Ärztinnen	12	In jeder Fachabteilung gibt es einen benannten Arzt. Krankenhaushygieniker und hygienebeauftragte Ärzte werden von den HFK und den Hygieneansprechpartnern in der Pflege unterstützt
Fachgesundheits- und Krankenpfleger und Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	3	
Hygienebeauftragte in der Pflege	22	In jeder Fachabteilung gibt es eine beauftragte Pflegekraft, die als Ansprechpartner benannt ist und regelhaft jeweils eine Vertretung.

Hygienekommission	
Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich

Hygienekommission Vorsitzender	
Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Thomas Moesta
Telefon	0511/927-3100
Fax	0511/92797-3100
E-Mail	thomas.moesta@krh.eu

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt.

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

2. Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern	
Der Standard liegt vor	Ja
Standard durch Geschäftsführung/Hygienekom. 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	Ja
1. Der Standard thematisiert insbesondere	
a) Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe	Ja
b) Zu verwendende Antibiotika	Ja
c) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe	Ja
2. Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert	Ja
3. Antibiotikaprophylaxe bei operierten Patienten strukturiert überprüft	Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

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

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Händedesinfektionsmittelverbrauch	
Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	49,45 ml/Patiententag
Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	74,98 ml/Patiententag
Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs	Ja

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
HM01	Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten	URL: http://www.krankenhausspiegel-hannover.de/startseite/	SGB V, § 137 Krankenhausspiegel Hannover
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	ITS-KISS	Intensivstation und Weaning- Station
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name: MRSA-Plus Netzwerk	MRSA Netzwerk
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Teilnahme (ohne Zertifikat)	Internes Konzept: "Qualitätsziel Händehygiene" seit 2007
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

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 existiert 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 2017 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 2017 zu 80 % schriftlich vorgetragen. Dabei wurde zu 11 % ein klassischer Brief genutzt. Der größte Anteil (69 %) aller Kontakte ging über neue Medien ein (E-Mail, Web-Formulare).

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
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	Ja
Link	
Kommentar	Im Rahmen der zertifizierten Zentren, finden Einweiserbefragungen statt.

Regelmäßige Patientenbefragungen	
Durchgeführt	Ja
Link	
Kommentar	Ganzjährig werden Patientenbefragungen durchgeführt.

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 2017 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 Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Frau Carsta Seidel
Telefon	0511/927-7543
E-Mail	carsta.seidel@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. Dietrich Storp
Telefon	0511/906-1515
E-Mail	Patientenfuersprecher.SOH@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.

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	-	Gerät am Standort verfügbar.
AA18	Hochfrequenzthermotherapiegerät	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	-	Gerät am Standort verfügbar.
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja	Gerät am Standort verfügbar.
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	-	Gerät am Standort verfügbar.
AA23	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	-	Gerät am Standort verfügbar.
AA01	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja	Gerät am Standort verfügbar.
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja	Gerät am Standort 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 am Standort verfügbar.
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	-	Gerät am Standort verfügbar.
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie/-unterstützung		Ja	Gerät am Standort verfügbar.
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Ja	Gerät am Standort verfügbar.
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	Gerät am Standort verfügbar.

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	-	Gerät am Standort verfügbar.
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung im Klinikverbund KRH verfügbar.
AA47	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung im Klinikverbund KRH verfügbar.
AA32	Szintigraphiescanner/ Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten	-	Gerät am Standort verfügbar.
AA69	Linksherzkatheter-labor		Ja	Gerät am Standort verfügbar
AA70	Behandlungsplatz für mechanische Thrombektomie bei Schlaganfall		Ja	Gerät am Standort verfügbar.
AA68	Offener Ganzkörper-Magnetresonanzto-mograph		Ja	Gerät am Standort verfügbar.

Zusätzlich ist ein Hybrid OP vorhanden.

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Nephrologie, Angiologie und Rheumatologie

B-1.1 Allgemeine Angaben Nephrologie, Angiologie und Rheumatologie

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Nephrologie, Angiologie und Rheumatologie
Fachabteilungsschlüssel	0100
Art	Hauptabteilung

Chefärzte/-ärztinnen

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Herr Prof. Dr. med. Reinhard Brunkhorst
Telefon	0511/927-2400
Fax	0511/92797-2400
E-Mail	reinhard.brunkhorst@krh.eu

Öffentliche Zugänge

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja
Kommentar	Die Zielvereinbarungen beachten dabei die Empfehlungen nach § 136a SGB V.

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote Nephrologie, Angiologie und Rheumatologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Nephrologie, Angiologie und Rheumatologie
VI21	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
VI41	Shuntzentrum
VU15	Dialyse
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
VD20	Wundheilungsstörungen
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
VI20	Intensivmedizin
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
VR02	Native Sonographie
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie
VR04	Duplexsonographie
VU01	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters

B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Nephrologie, Angiologie und Rheumatologie

Trifft nicht zu.

B-1.5 Fallzahlen Nephrologie, Angiologie und Rheumatologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	2914
Teilstationäre Fallzahl	0

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I70	388	Atherosklerose
2	N17	359	Akutes Nierenversagen
3	I50	210	Herzinsuffizienz
4	T82	155	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen
5	N18	140	Chronische Nierenkrankheit
6	I10	130	Essentielle (primäre) Hypertonie
7	N04	81	Nephrotisches Syndrom
8	M31	80	Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien
9	J18	64	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
10	A46	63	Erysipel [Wundrose]

B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-854	1361	Hämodialyse
2	8-831	444	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
3	9-984	435	Pflegebedürftigkeit
4	5-399	272	Andere Operationen an Blutgefäßen
5	8-930	212	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
6	8-800	208	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
7	1-710	180	Ganzkörperplethysmographie
8	8-98f	144	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
9	1-465	131	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren
10	8-542	108	Nicht komplexe Chemotherapie

B-1.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Chefarztambulanz (AM07)	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Angebotene Leistung	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation (VI21)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) (VI07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (VI10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (VI04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten (VI05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen (VI08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen (VI17)
Angebotene Leistung	Shuntzentrum (VI41)

Notfallambulanz /AM08)	
Ambulanzart	Notfallambulanz (24h) (AM08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) (VI07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen (VI30)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (VI04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten (VI05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen (VI08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen (VI17)
Angebotene Leistung	Shuntzentrum (VI41)

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: 16,42

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	16,42	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	16,42	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 177,4665

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 5,16

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,16	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,16	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 564,72868

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar
AQ24	Innere Medizin und Angiologie	Hypertensiologe (DHL)
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie	Hypertensiologe (DHL)
AQ29	Innere Medizin und Nephrologie	Hypertensiologe (DHL)
AQ31	Innere Medizin und Rheumatologie	
AQ06	Allgemeinchirurgie	
AQ23	Innere Medizin	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie

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: 28

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	28	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	28	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 104,07143

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ01	Bachelor	1 Vollkräfte
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	2 Vollkräfte

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP08	Kinästhetik	6 Vollkräfte

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-2 Kardiologie, Rhythmologie, internistische Intensivmedizin

B-2.1 Allgemeine Angaben Kardiologie, Rhythmologie, internistische Intensivmedizin

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Kardiologie, Rhythmologie, internistische Intensivmedizin
Fachabteilungsschlüssel	0300
Art	Hauptabteilung

Chefärzte/-ärztinnen

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Andreas Franke
Telefon	0511/927-2200
Fax	0511/92797-2200
E-Mail	andreas.franke@krh.eu

Öffentliche Zugänge

B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja
Kommentar	Die Zielvereinbarungen beachten dabei die Empfehlungen nach § 136a SGB V.

B-2.3 Medizinische Leistungsangebote Kardiologie, Rhythmologie, internistische Intensivmedizin

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Kardiologie, Rhythmologie, internistische Intensivmedizin	Kommentar
VI34	Elektrophysiologie	
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	
VI20	Intensivmedizin	
VX00	Notfallmedizin	
VX00	Perioperative Echokardiographie	
VX00	Ultraschallverfahren (gesteuerte Punktion und Regionalanästhesie)	
VI00	Mitralclip	In Kooperation mit dem Robert Koch Gehrden
VI00	PFO Verschluss	
VI00	ASD Verschluss	
VI00	Okkluder Vorhofohr	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Kardiologie, Rhythmologie, internistische Intensivmedizin	Kommentar
VI00	Linksherzkatheter 2014 insgesamt	initial femorale Durchführung: 1226 Fälle Fälle initial radiale Durchführung: 210 Fälle diagnostische Linksherzkatheter: 857 Fälle diagnostische und interventionelle Linksherzkatheter: 579 Fälle 2016 wurden gesamt 1436 Linksherzkatheter durchgeführt
VI00	single und multiple Stents	multiple Stents: 201 Fälle drug eluting stents:574 Fälle multivessel PCI: 54 Fälle multilesion PCI: 136 Fälle eine PCI bei STEMI: 256 Fälle eine PCI bei NSTEMI/ACS: 332 Fälle Implantation Rechtsherzkatheter: 95 Fälle 2016 wurden gesamt 579 Patienten mit Stents versorgt
VI00	Leistungszahlen Herzkatheterlabor 2014	Verschlüsse von Vorhofseptum-Defekten mittels Katheter: 13 Fälle - davon PFO-Verschlüsse: 9 Fälle - davon ASD-Verschlüsse: 4 Fälle - Perikardpunktion mittels Katheter: 15 Fälle

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Kardiologie, Rhythmologie, internistische Intensivmedizin	Kommentar
VI00	elektophysiologische Diagnostik	Eine elektrophysiologische Diagnostik und kardiales Mapping wurde bei 237 Fällen durchgeführt. Ein diagnostisches Mapping bei ventrikulärer Tachykardie bei 10 Fällen und bei Vorhof-Flimmern bei 142 Fällen sowie bei Vorhof-Flattern bei 31 Fällen durchgeführt.
VI00	Katheterablationen 2014	2016 insgesamt: 238 supraventrikuläre Tachykardie: 229 AV-Konten-Reeentry: 45 fokale atriale Tachykardie: 11 WPW-Syndrom: 12 typisches Vorhofflattern: 17 atypischem Vorhofflattern: 21 parosysmalem Vorhofflimmern: 134 persistierendem Vorhofflimmern: 25 ventrikulärer Tachykardie: 9
VI00	Herzschrittmacher bzw. Defibrillatorimplantation	2016 gesamt 218 Implantationen Herzschrittmacher 1 oder 2 Kammer-System: 156 davon biventrikuläre Stimulation: 2 davon Defibrillatoren 1 oder 2 Kammer System: 40 davon Defibrillatoren biventrikuläre Stimulation: 18

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Kardiologie, Rhythmologie, internistische Intensivmedizin	Kommentar
VI00	Aggregatwechsel bei einem Herzschrittmacher-System	2016 wurden gesamt 73 Eingriffe bei einem Herzschrittmacher-System durchgeführt. 2016 wurden gesamt 11 Eingriffe bei einem Defibrillator-System durchgeführt.
VI00	Revision /z.B. Systemwechsel/Explantation/Sondenrevision	2016 wurden gesamt bei einem Herzschrittmacher-System 11 Wechsel vorgenommen. Bei einem Defibrillator-system wurden gesamt 2016 20 Wechsel vorgenommen.
VI00	Herzkatheterlabor	
VI00	Assist Device-Impella, Unterstützung der Herzleistung	

B-2.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Kardiologie, Rhythmologie, internistische Intensivmedizin

Trifft nicht zu.

B-2.5 Fallzahlen Kardiologie, Rhythmologie, internistische Intensivmedizin

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	4465
Teilstationäre Fallzahl	0

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I21	636	Akuter Myokardinfarkt
2	I48	594	Vorhofflimmern und Vorhofflattern
3	R07	553	Hals- und Brustschmerzen
4	I50	524	Herzinsuffizienz
5	I20	369	Angina pectoris
6	I10	246	Essentielle (primäre) Hypertonie
7	R55	150	Synkope und Kollaps
8	I47	130	Paroxysmale Tachykardie
9	I25	121	Chronische ischämische Herzkrankheit
10	I49	109	Sonstige kardiale Arrhythmien

B-2.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-2.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-275	1284	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung
2	8-837	1093	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen
3	8-83b	1049	Zusatzinformationen zu Materialien
4	8-930	791	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
5	8-933	636	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie
6	8-98f	517	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
7	1-266	422	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt
8	3-052	403	Transösophageale Echokardiographie [TEE]
9	1-710	326	Ganzkörperplethysmographie
10	9-984	303	Pflegebedürftigkeit

B-2.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Kardiologische Ambulanz (AM08)	
Ambulanzart	Notfallambulanz (24h) (AM08)
Kommentar	Kardiologische Erkrankungen

Kardiologische Sprechstunde (AM07)	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Kommentar	Kardiologische Erkrankungen, Echokardiographie/Stressechokardiographie

Rhythmussprechstunde (AM11)	
Ambulanzart	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-378	32	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators
2	1-275	25	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung
3	5-377	10	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-2.11 Personelle Ausstattung

B-2.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Prof. Dr. Franke hat die Expertise EMAH (Erwachsene mit angeborenem Herzfehler)

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

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 24,57

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	24,57	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	24,57	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 181,72568

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 9,31

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,31	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,31	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 479,59184

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF15	Intensivmedizin	Internistische

B-2.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 57

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	57	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	57	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 78,33333

Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,42

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,42	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,42	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 3144,3662

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,7

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,7	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,7	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 6378,57143

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie	8 VK
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	3 VK

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP08	Kinästhetik	8 VK

B-2.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-3 Hämatologie und Onkologie

B-3.1 Allgemeine Angaben Hämatologie und Onkologie

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Hämatologie und Onkologie
Fachabteilungsschlüssel	0500
Art	Hauptabteilung

Chefärzte/-ärztinnen

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Herr PD Dr. med. Dr. rer. nat. Martin Müller
Telefon	0511/927-2300
Fax	0511/92797-2300
E-Mail	martin.mueller@krh.eu

Öffentliche Zugänge

B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja
Kommentar	Die Zielvereinbarungen beachten dabei die Empfehlungen nach § 136a SGB V.

B-3.3 Medizinische Leistungsangebote Hämatologie und Onkologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Hämatologie und Onkologie	Kommentar
VI21	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation	
VH19	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren	
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane	
VH20	Interdisziplinäre Tumornachsorge	
VI40	Schmerztherapie	
VI27	Spezialsprechstunde	
VI37	Onkologische Tagesklinik	Diagnostik und Therapie hämatologischer und onkologischer Patienten auf teilstationärer Basis.
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VI38	Palliativmedizin	
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren	
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	
VI42	Transfusionsmedizin	
VI45	Stammzelltransplantation	

B-3.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Hämatologie und Onkologie

Trifft nicht zu.

B-3.5 Fallzahlen Hämatologie und Onkologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1497
Teilstationäre Fallzahl	392

B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-3.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C83	150	Nicht follikuläres Lymphom
2	C16	121	Bösartige Neubildung des Magens
3	C34	94	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
4	C18	74	Bösartige Neubildung des Kolons
5	C90	60	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen
6	C15	58	Bösartige Neubildung des Ösophagus
7	C56	50	Bösartige Neubildung des Ovars
8	C67	50	Bösartige Neubildung der Harnblase
9	C91	48	Lymphatische Leukämie
10	C20	47	Bösartige Neubildung des Rektums

B-3.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-3.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-522	1004	Hochvoltstrahlentherapie
2	8-542	522	Nicht komplexe Chemotherapie
3	8-800	369	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
4	8-527	350	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
5	8-543	340	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie
6	6-002	249	Applikation von Medikamenten, Liste 2
7	6-001	199	Applikation von Medikamenten, Liste 1
8	8-547	171	Andere Immuntherapie
9	9-984	170	Pflegebedürftigkeit
10	8-529	103	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie

B-3.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Onkologische Sprechstunde (AM07)	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Kommentar	Diagnostik und Therapie von benignen und malignen hämatologischen und onkologischen Erkrankungen, inkl. Hämostaseologie.

Onkologische und hämatologische Ambulanz (AM11)	
Ambulanzart	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
Kommentar	Diagnostik und Therapie hämatologischer und onkologischer Erkrankungen

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-3.11 Personelle Ausstattung

B-3.11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 8,1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 184,81481

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 2,04

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,04	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,04	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 733,82353

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ13	Viszeralchirurgie
AQ30	Innere Medizin und Pneumologie
AQ27	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
AQ23	Innere Medizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF30	Palliativmedizin
ZF11	Hämostaseologie

B-3.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 21

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	17	
Ambulant	4	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	21	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 88,05882

Medizinische Fachangestellte

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,35

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,35	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,35	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 637,02128

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	1 VK
PQ07	Pflege in der Onkologie	4 VK

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP08	Kinästhetik	4 VK

B-3.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-4 Gastroenterologie, Endoskopie und Diabetologie und Akutgeriatrie

B-4.1 Allgemeine Angaben Gastroenterologie, Endoskopie und Diabetologie und Akutgeriatrie

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Gastroenterologie, Endoskopie und Diabetologie und Akutgeriatrie
Fachabteilungsschlüssel	0700
Art	Hauptabteilung

Chefärzte/-ärztinnen

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Ahmed Madisch
Telefon	0511/927-2100
Fax	0511/927-972100
E-Mail	ahmed.madisch@krh.eu

Öffentliche Zugänge

B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja
Kommentar	Die Zielvereinbarungen beachten dabei die Empfehlungen nach § 136a SGB V.

B-4.3 Medizinische Leistungsangebote Gastroenterologie, Endoskopie und Diabetologie und Akutgeriatrie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Gastroenterologie, Endoskopie und Diabetologie und Akutgeriatrie	Kommentar
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	
VI35	Endoskopie	ERC, Gastroskopie, Koloskopie, Enteroskopie, Cholangioskopie, Proktoskopie, Endosonographie, Kapselendoskopie, Manometrie, pH-Metrie
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	
VI27	Spezialsprechstunde	Refluxsprechstunde
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	
VI00	Probe Innere Leistungen gesamt 2014	
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	

B-4.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Gastroenterologie, Endoskopie und Diabetologie und Akutgeriatrie

Trifft nicht zu.

B-4.5 Fallzahlen Gastroenterologie, Endoskopie und Diabetologie und Akutgeriatrie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	4525
Teilstationäre Fallzahl	0

B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-4.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	E11	394	Diabetes mellitus, Typ 2
2	K29	334	Gastritis und Duodenitis
3	K80	184	Cholelithiasis
4	F10	183	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
5	K21	156	Gastroösophageale Refluxkrankheit
6	R10	136	Bauch- und Beckenschmerzen
7	K57	122	Divertikulose des Darmes
8	K22	118	Sonstige Krankheiten des Ösophagus
9	K56	117	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie
10	D12	115	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus

B-4.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-4.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-632	2585	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
2	1-440	1381	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
3	1-650	1320	Diagnostische Koloskopie
4	5-513	734	Endoskopische Operationen an den Gallengängen
5	5-469	498	Andere Operationen am Darm
6	9-984	433	Pflegebedürftigkeit
7	5-452	420	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes
8	1-444	396	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt
9	1-640	376	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege
10	3-056	348	Endosonographie des Pankreas

B-4.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Prof. Madisch	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Kommentar	Erbringung sämtlicher Endoskopien im ambulanten Bereich
Angebotene Leistung	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (VI43)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen (VI30)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (VI10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas (VI14)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs (VI12)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) (VI11)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen (VI24)
Angebotene Leistung	Endoskopie (VI35)

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-650	25	Diagnostische Koloskopie
2	1-444	9	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt
3	5-452	9	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes

B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-4.11 Personelle Ausstattung

B-4.11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 21,34

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	21,34	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	21,34	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 212,04311

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 9

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 502,77778

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ23	Innere Medizin
AQ25	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF07	Diabetologie
ZF09	Geriatrie

B-4.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 44,65

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	44,65	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	44,65	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 101,34378

Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,25

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,25	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,25	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 3620

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	3 Vollkräfte

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	3 Vollkräfte
ZP07	Geriatrie	2 Vollkräfte
ZP08	Kinästhetik	4 Vollkräfte
ZP16	Wundmanagement	3 Vollkräfte

B-4.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-5 Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin

B-5.1 Allgemeine Angaben Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin
Fachabteilungsschlüssel	0800
Art	Hauptabteilung

Chefärzte/-ärztinnen

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Herr Prof. Dr. med. Bernd Schönhofer
Telefon	0511/927-2501
Fax	0511/927-972500
E-Mail	bernd.schoenhofer@krh.eu

Öffentliche Zugänge

B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja
Kommentar	Die Zielvereinbarungen beachten dabei die Empfehlungen nach § 136a SGB V.

B-5.3 Medizinische Leistungsangebote Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin	Kommentar
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	Echokardiografie des rechten Herzen Rechtsherzkatheteruntersuchung
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	insbesondere Behandlung von Lungenentzündungen, Lungentuberkulose sowie COPD Spezialgebiet: endoskopische Verfahren zur Volumenreduktion (Ventilimplantation, Coilimplantation)
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	insbesondere Therapie des Pleuraergusses (passagere und dauerhafte Drainage, Thorakoskopie)
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	mit Lungenbeteiligung
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	gut- und bösartige Tumore der Atemwege und der Pleura sowie des Mediastinum
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	insbesondere virale und bakterielle Pneumonien Tuberkulose der Atmungsorgane, der Lymphknoten und sonstiger Organsysteme
VI21	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation	Transplantationspatienten im Weaningzentrum (Entwöhnung von der invasiven Langzeitbeatmung)

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin	Kommentar
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	intensivmedizinische Therapie der Sepsis inkl. Multiorganversagen (invasive Beatmung,extrakorporale Lungenersatzverfahren)
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin	akkredidiertes Schlaflabor der Deutschen Gesellschaft für Schlafmedizin
VI35	Endoskopie	diagnostische Punktionen/Probeentnahmen Tumorabtragung durch Kälte-/Laserverfahren Stenteinlagen in Trachea/Bronchien endoskopische Lungenvolumenreduktion (Ventilimplantation) internistische Thorakoskopie
VI38	Palliativmedizin	
VI39	Physikalische Therapie	
VH24	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen	Schlucktraining (Team Weaningzentrum)
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	Diagnostik und Therapie von Allergien

B-5.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin

Trifft nicht zu.

B-5.5 Fallzahlen Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	6382
Teilstationäre Fallzahl	0

B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-5.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C34	1581	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
2	J44	1147	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
3	G47	580	Schlafstörungen
4	J96	557	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert
5	J15	264	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert
6	R91	242	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik der Lunge
7	I50	170	Herzinsuffizienz
8	J22	125	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet
9	J84	122	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten
10	J90	96	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert

B-5.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-5.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-710	4074	Ganzkörperplethysmographie
2	1-711	3316	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität
3	1-620	2940	Diagnostische Tracheobronchoskopie
4	1-715	2283	Sechs-Minuten-Gehtest nach Guyatt
5	1-843	1767	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus
6	1-791	1643	Kardiorespiratorische Polygraphie
7	8-716	1162	Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung
8	1-790	735	Kardiorespiratorische Polysomnographie
9	8-543	661	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie
10	1-430	601	Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen

B-5.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Chemotherapie-Ambulanz (AM05)	
Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung) (AM05)
Angebotene Leistung	Palliativmedizin (VI38)
Angebotene Leistung	Schmerztherapie (VI40)
Angebotene Leistung	Sonstige im Bereich Innere Medizin (VI00)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VI27)

Schlaflabor	
Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung) (AM05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin (VI32)

Pneumologische Ambulanz	
Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung) (AM05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes (VI02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura (VI16)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin (VI32)
Angebotene Leistung	Endoskopie (VI35)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VI27)

B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-5.11 Personelle Ausstattung

B-5.11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 31,44

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	31,44	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	31,44	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 202,98982

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 13,73

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	13,73	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	13,73	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 464,82156

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ30	Innere Medizin und Pneumologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin
ZF39	Schlafmedizin

B-5.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 47

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	47	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	47	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 135,78723

Medizinische Fachangestellte

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 2127,33333

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie	15 Vollkräfte
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	3 Vollkräfte
PQ07	Pflege in der Onkologie	1 Vollkräfte

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP08	Kinästhetik	5 Vollkräfte
ZP20	Palliative Care	1

B-5.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-6 Allgemein-, Viszeral- und minimalinvasive Chirurgie

B-6.1 Allgemeine Angaben Allgemein-, Viszeral- und minimalinvasive Chirurgie

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Allgemein-, Viszeral- und minimalinvasive Chirurgie
Fachabteilungsschlüssel	1500
Art	Hauptabteilung

Chefärzte/-ärztinnen

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Herr Prof. Dr. med. Thomas Moesta
Telefon	0511/927-3100
Fax	0511/927-973100
E-Mail	thomas.moesta@krh.eu

Öffentliche Zugänge

B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja
Kommentar	Die Zielvereinbarungen beachten dabei die Empfehlungen nach § 136a SGB V.

B-6.3 Medizinische Leistungsangebote Allgemein-, Viszeral- und minimalinvasive Chirurgie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Allgemein-, Viszeral- und minimalinvasive Chirurgie	Kommentar
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	Sämtliche minimal-invasiv durchführbaren Eingriffe des Magen-Darm-Traktes nach individueller Indikationsstellung, dabei insbesondere kolorektale Chirurgie (tiefe Rektumresektionen, Hemikolektomie rechts), Pankreaslinksresektion
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	Total endoskopische iliaco-inguinale und axilläre Lymphdissektion, Hernienchirurgie (TEPP+IPOM), kombinierte endoskopisch-laparoskopische Resektionen bei Frühkarzinomen und Vorstufen (Magen/Kolon)
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	Interdisziplinäre perioperative Intensivstation unter anästhesiologischer Führung (15 Betten)
VC21	Endokrine Chirurgie	Endokrine Tumore des Gastrointestinaltrakts und der Nebennieren, minimal-invasive Adrenalektomie, (Neben)Schilddrüsenchi-rurgie mit Neuromonitoring
VC22	Magen-Darm-Chirurgie	Behandlung sämtlicher Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes so weit als möglich minimal-invasiv Fachübergreifende Therapie chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Allgemein-, Viszeral- und minimalinvasive Chirurgie	Kommentar
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie	Sämtliche Verfahren für die Therapie von primären und sekundären Lebertumoren sowie gutartigen Lebererkrankungen Organkrebszentrum Pankreas Sämtliche Verfahren zur Behandlung von Gallen-(gangs)erkrankungen
VC24	Tumorchirurgie	Teil des zertifizierten Onkologischen und des DKG-zertifizierten Darmkrebszentrums, zertifiziertes Pankreaszentrum Hepatobiliäre Chirurgie bei primären/sekundären Lebertumoren Intraperitoneale Chemotherapie bei ausgewählten Fällen von Peritonealkarzinose Minimal-invasive Tumorchirurgie
VC62	Portimplantation	In enger Kooperation mit dem Onkologischen Zentrum sowie dem Brustkrebszentrum
VC58	Spezialsprechstunde	Allgemeine onkologische Chirurgie Kolorektale Karzinome Leberchirurgie Pankreaschirurgie Peritonealkarzinose Hernienchirurgie Endokrine/allgemeine viszeralchirurgische Chirurgie Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Allgemein-, Viszeral- und minimalinvasive Chirurgie	Kommentar
VC00	Besondere Ausstattung	Hybrid OP, 3D MIC Turm, HD MIC Turm

B-6.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Allgemein-, Viszeral- und minimalinvasive Chirurgie

Die Barrierefreiheit wird zentral im Hauptteil unter dem Unterpunkt A-7 für alle Kliniken und Untergruppen abgehandelt.

B-6.5 Fallzahlen Allgemein-, Viszeral- und minimalinvasive Chirurgie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	2141
Teilstationäre Fallzahl	0

B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-6.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	K40	333	Hernia inguinalis
2	K80	266	Cholelithiasis
3	K35	120	Akute Appendizitis
4	K56	91	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie
5	K57	89	Divertikulose des Darmes
6	K43	88	Hernia ventralis
7	R10	84	Bauch- und Beckenschmerzen
8	C18	68	Bösartige Neubildung des Kolons
9	C78	61	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
10	C20	57	Bösartige Neubildung des Rektums

B-6.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-6.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-916	743	Temporäre Weichteildeckung
2	5-541	564	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums
3	5-932	546	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung
4	8-831	526	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
5	5-98c	477	Anwendung eines Klammernahtgerätes
6	8-930	400	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
7	5-511	384	Cholezystektomie
8	8-176	353	Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss
9	8-919	346	Komplexe Akutschmerzbehandlung
10	5-530	344	Verschluss einer Hernia inguinalis

B-6.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-399	69	Andere Operationen an Blutgefäßen
2	5-530	6	Verschluss einer Hernia inguinalis

B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-6.11 Personelle Ausstattung

B-6.11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 15,05

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	15,05	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	15,05	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 142,25914

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 9,72

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,72	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,72	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 220,26749

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ13	Viszeralchirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF28	Notfallmedizin
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie

B-6.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 36

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	36	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	36	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 59,47222

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3,01

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,01	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,01	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 711,29568

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	2 Vollkräfte
PQ08	Operationsdienst	8 Vollkräfte

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP08	Kinästhetik	4 Vollkräfte

B-6.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-7 Thorax- und Gefäßchirurgie

B-7.1 Allgemeine Angaben Thorax- und Gefäßchirurgie

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Thorax- und Gefäßchirurgie
Fachabteilungsschlüssel	2000
Art	Hauptabteilung

Chefärzte/-ärztinnen

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Herr Prof. Dr. med. Hans-Gerd Fieguth
Telefon	0511/927-3300
Fax	0511/92797-3300
E-Mail	hans-gerd.fieguth@krh.eu

Öffentliche Zugänge

B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-7.3 Medizinische Leistungsangebote Thorax- und Gefäßchirurgie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Thorax- und Gefäßchirurgie
VC17	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
VC16	Aortenaneurysmachirurgie
VC00	endovaskulärer Aortenersatz (EVAR)
VC00	gefäßchirurgische Hybrideingriffe
VC61	Dialyseshuntchirurgie
VC11	Lungenchirurgie
VC24	Tumorchirurgie
VC15	Thorakoskopische Eingriffe
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen
VC59	Mediastinoskopie
VC12	Tracheobronchiale Rekonstruktionen bei angeborenen Malformationen
VC13	Operationen wegen Thoraxtrauma
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
VC62	Portimplantation
VC10	Eingriffe am Perikard
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
VC58	Spezialsprechstunde
VC71	Notfallmedizin
VX00	Organunterstützungs- und ersatzverfahren

B-7.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Thorax- und Gefäßchirurgie

Trifft nicht zu.

B-7.5 Fallzahlen Thorax- und Gefäßchirurgie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	958
Teilstationäre Fallzahl	0
Kommentar	Gesamtzahl Thoraxchirurgie 358 Gesamtzahl Gefäßchirurgie 600

B-7.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-7.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I70	224	Atherosklerose
2	C34	133	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
3	N18	73	Chronische Nierenkrankheit
4	I71	49	Aortenaneurysma und -dissektion
5	T82	48	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen
6	C78	46	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
7	I65	45	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt
8	I83	45	Varizen der unteren Extremitäten
9	J86	36	Pyothorax
10	J93	33	Pneumothorax

B-7.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
I70.2	223	Atherosklerose der Extremitätenarterien
C34	133	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
I71	49	Aortenaneurysma und -dissektion
I65	45	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt
C78	46	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
N18	73	Chronische Nierenkrankheit
J93	33	Pneumothorax
I83	45	Varizen der unteren Extremitäten
I74	30	Arterielle Embolie und Thrombose
I72	28	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion
S27	10	Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe
J84	10	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten
J85	4	Abszess der Lunge und des Mediastinums

B-7.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-7.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-381	285	Endarteriektomie
2	5-394	183	Revision einer Blutgefäßoperation
3	5-395	182	Patchplastik an Blutgefäßen
4	5-333	169	Adhäsiolyse an Lunge und Brustwand
5	5-322	161	Atypische Lungenresektion
6	5-380	149	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen
7	5-324	104	Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge
8	5-392	102	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes
9	5-393	102	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen
10	5-38a	78	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen

B-7.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-384	40	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta
5-38a	78	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen
5-324	104	Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge
5-328	6	Erweiterte (Pleuro-)Pneum(on)ektomie
5-380	149	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen
5-395	182	Patchplastik an Blutgefäßen
5-381	285	Endarteriektomie
5-392	102	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes
5-393	102	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen
5-334	55	Rekonstruktion an Lunge und Bronchien
5-346	7	Plastische Rekonstruktion der Brustwand
5-323	6	Segmentresektion und Bisegmentresektion der Lunge

B-7.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-7.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-385	21	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen
2	5-399	8	Andere Operationen an Blutgefäßen
3	5-392	5	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes

B-7.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-7.11 Personelle Ausstattung

B-7.11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 11,66

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11,66	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,66	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 82,16123

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 7,93

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,93	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,93	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 120,80706

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ07	Gefäßchirurgie
AQ08	Herzchirurgie
AQ12	Thoraxchirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF31	Phlebologie

B-7.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 20

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	20	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	20	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 47,9

Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,62

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,62	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,62	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 1545,16129

Operationstechnische Assistenten(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 479

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	1

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP08	Kinästhetik	2

B-7.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-8 Urologie

B-8.1 Allgemeine Angaben Urologie

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Urologie
Fachabteilungsschlüssel	2200
Art	Hauptabteilung

Chefärzte/-ärztinnen

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Herr Prof. Dr. med. Christoph Wiesner
Telefon	0511/927-3200
Fax	0511/92797-3200
E-Mail	urologie.siloah@krh.eu

Öffentliche Zugänge

B-8.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja
Kommentar	Die Zielvereinbarungen beachten dabei die Empfehlungen nach § 136a SGB V.

B-8.3 Medizinische Leistungsangebote Urologie

Zu den Leistungsschwerpunkten unserer Klinik zählt die Behandlung sämtlicher urologischer Tumorerkrankungen, die Endourologie mit allen modernen Verfahren der Steintherapie und der Behandlung der gutartigen Prostatavergrößerung, sowie die rekonstruktive Urologie mit den Bereichen Harnableitung unter Verwendung von Darm (kontinent und inkontinent), konservative und operative Inkontinenzbehandlung, Harnröhrenchirurgie und urologische Prothetik.

Wann immer möglich werden bevorzugt minimal-invasive Operationstechniken eingesetzt, wie beispielsweise die Schlüssellloch-Chirurgie (laparoskopische Operationen mit kleinen Schnitten). Bei der Entfernung von Nierentumoren wird, sofern aus onkologischen und operationstechnischen Gesichtspunkten vertretbar, die Organ-erhaltende Tumorentfernung angestrebt.

Für die endourologische Steintherapie stehen flexible Instrumente mit modernster Kameratechnologie (Chip-on-the-tip) in HD Qualität und für die perkutane Steintherapie bei größeren Konkrementen das Mini-PNL Verfahren zur Verfügung. Selbstverständlich besteht weiterhin die Möglichkeit der externen Steinbehandlung (ESWL) mittels Lithotripter.

Zur operativen Behandlung der gutartigen Prostatavergrößerung steht neben dem Verfahren der transurethralen Elektroresektion (TURP) auch die Prostatavaporisation mittels modernster Lasertechnologie (180W Greenlight Laser) zur blutungsarmen Therapie zur Verfügung, die insbesondere bei Patienten mit blutverdünnenden Medikamenten oder Blutgerinnungsstörung zum Einsatz kommt.

Durch enge Kooperationen mit den anderen Abteilungen des KRH sind optimale Voraussetzungen für die interdisziplinäre individuelle Krankenversorgung gegeben, von denen insbesondere Patienten mit komplexen Krankheitsbildern profitieren. Innerhalb der von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten onkologischen Zentren (Prostatakarzinomzentrum und Onkologisches Zentrum) stehen für unsere urologischen Krebspatienten individuell optimierte, interdisziplinär abgestimmte Behandlungskonzepte, die auf aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen, zur Verfügung. Zur Optimierung der Therapiestrategie bei Patienten mit Inkontinenz Beschwerden arbeiten wir mit anderen Fachrichtungen im interdisziplinäre Kontinenz- und Beckenbodenzentrum zusammen

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Urologie	Kommentar
VU01	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten	
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz	
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis	
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters	
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems	
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane	
VU07	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems	
VU09	Neuro-Urologie	
VU10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase	
VU11	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	
VU12	Minimalinvasive endoskopische Operationen	
VU13	Tumorchirurgie	
VU14	Spezialsprechstunde	Inkontinenz-Sprechstunde, Tumor-Sprechstunde "second opinion" (zum Einholen einer zweiten Meinung), Nieren- und Harnleitersprechstunde
VU17	Prostatazentrum	
VU19	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik	

Weitere Informationen bekommen Sie hier:
http://krh.eu/klinikum/SOH/kliniken/urologie/Seiten/default.aspx
http://krh.eu/klinikum/SOH/zentren/prokarzen/Seiten/default.aspx

B-8.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Urologie

Trifft nicht zu.

B-8.5 Fallzahlen Urologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	2814
Teilstationäre Fallzahl	0

B-8.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-8.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	N20	507	Nieren- und Ureterstein
2	N13	430	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie
3	C67	273	Bösartige Neubildung der Harnblase
4	N40	157	Prostatahyperplasie
5	C61	135	Bösartige Neubildung der Prostata
6	N30	116	Zystitis
7	N39	103	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
8	R31	100	Nicht näher bezeichnete Hämaturie
9	A41	99	Sonstige Sepsis
10	C64	85	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken

B-8.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-8.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-8.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-137	1204	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]
2	8-132	828	Manipulationen an der Harnblase
3	3-13d	596	Urographie
4	1-661	577	Diagnostische Urethrozystoskopie
5	5-550	387	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung
6	5-573	367	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase
7	5-98b	279	Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops
8	5-562	262	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung
9	5-601	183	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe
10	9-984	181	Pflegebedürftigkeit

B-8.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-8.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Urologische Ambulanz	
Ambulanzart	Notfallambulanz (24h) (AM08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane (VU06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz (VU02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters (VU04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems (VU05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems (VU07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten (VU01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis (VU03)
Angebotene Leistung	Neuro-Urologie (VU09)

Urologische Ambulanz	
Ambulanzart	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VU14)
Angebotene Leistung	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik (VU19)

Urologische Sprechstunde	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane (VU06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz (VU02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters (VU04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems (VU05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems (VU07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten (VU01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis (VU03)
Angebotene Leistung	Neuro-Urologie (VU09)

B-8.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-572	168	Zystostomie
2	8-137	92	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]
3	5-640	81	Operationen am Präputium
4	1-661	28	Diagnostische Urethrozystoskopie
5	5-612	10	Exzision und Destruktion von erkranktem Skrotumgewebe
6	8-110	5	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie [ESWL] von Steinen in den Harnorganen

B-8.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-8.11 Personelle Ausstattung

B-8.11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 12,82

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,82	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,82	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 219,50078

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 6,24

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,24	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,24	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 450,96154

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ60	Urologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –
ZF28	Notfallmedizin

B-8.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 23

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	23	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	23	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 122,34783

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	1 Vollkräfte

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP08	Kinästhetik	3 Vollkräfte
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	
ZP16	Wundmanagement	

B-8.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-9 Anästhesiologie und operative Intensivmedizin

B-9.1 Allgemeine Angaben Anästhesiologie und operative Intensivmedizin

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Anästhesiologie und operative Intensivmedizin
Fachabteilungsschlüssel	3650
Art	Hauptabteilung

Chefärzte/-ärztinnen

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Dr. med. Martin Bauer
Telefon	0511/927-3401
Fax	0511/92797-3400
E-Mail	martin.bauer@krh.eu

Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Stadionbrücke 4	30459 Hannover	http://www.krh.eu/klinikum/SOH/kliniken/anaesthesie

B-9.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja
Kommentar	Die Zielvereinbarungen beachten dabei die Empfehlungen nach § 136a SGB V.

B-9.3 Medizinische Leistungsangebote Anästhesiologie und operative Intensivmedizin

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Anästhesiologie und operative Intensivmedizin
VX00	Allgemeinanästhesie und Regionalanästhesie (neuroaxial und peripher)
VX00	Intensivmedizin
VX00	Notfallmedizin
VX00	Schmerztherapie
VX00	Organunterstützungs- und ersatzverfahren
VX00	Intensivmedizinische Transporte
VX00	Endoskopische und videoendoskopische Intubation
VX00	Perkutane Dilatationstracheotomie
VX00	Erweiterte hämodynamische Mess- und Überwachungsverfahren
VX00	Intraoperatives und intensivmedizinisches Neuromonitoring
VX00	Perioperative Echokardiographie
VX00	Ultraschallverfahren (gesteuerte Punktion und Regionalanästhesie)
VI38	Palliativmedizin

B-9.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Anästhesiologie und operative Intensivmedizin

Trifft nicht zu.

B-9.5 Fallzahlen Anästhesiologie und operative Intensivmedizin

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-9.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-9.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-9.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-930	18	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
2	8-854	16	Hämodialyse
3	1-620	10	Diagnostische Tracheobronchoskopie
4	1-791	5	Kardiorespiratorische Polygraphie
5	8-390	5	Lagerungsbehandlung
6	8-706	5	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung
7	8-831	5	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
8	5-311	< 4	Temporäre Tracheostomie
9	8-100	< 4	Fremdkörperentfernung durch Endoskopie
10	8-190	< 4	Spezielle Verbandstechniken

B-9.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-9.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-9.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-9.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-9.11 Personelle Ausstattung

B-9.11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 32,48

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	32,48	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	32,48	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 17,99

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	17,99	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	17,99	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ01	Anästhesiologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin
ZF42	Spezielle Schmerztherapie
ZF30	Palliativmedizin
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement

B-9.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 22,15

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	22,15	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	22,15	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,42

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,42	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,42	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

Medizinische Fachangestellte

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,75

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,75	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,75	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie	16 Vollkräfte
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	1

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP08	Kinästhetik	12
ZP16	Wundmanagement	

B-9.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-10 Diagnostische und Interventionelle Radiologie

B-10.1 Allgemeine Angaben Diagnostische und Interventionelle Radiologie

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Diagnostische und Interventionelle Radiologie
Fachabteilungsschlüssel	3751
Art	Hauptabteilung

Chefärzte/-ärztinnen

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Herr Dr. med. Herbert Rosenthal
Telefon	0511/927-3500
Fax	0511/927-973500
E-Mail	herbert.rosenthal@krh.eu

Öffentliche Zugänge

B-10.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja
Kommentar	Die Zielvereinbarungen beachten dabei die Empfehlungen nach § 136a SGB V.

B-10.3 Medizinische Leistungsangebote Diagnostische und Interventionelle Radiologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Diagnostische und Interventionelle Radiologie	Kommentar
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
VR41	Interventionelle Radiologie	Angioplastien, einschl. Aortenstent und Carotisstent diagn. CT-gestützte Punktionen therapeutische Drainagenanlagen Shunts TIPS TACE selektive und superselektive Embolisation
VR10	Computertomographie (CT), nativ	
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	
VR15	Arteriographie	Suche von Blutungsquellen
VR16	Phlebographie	
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	CT mit 3D CAD bei der Lungendiagnostik CTA Planung der Stentimplantation z.B. Aorta
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	Herzbildgebung Prostatauntersuchung Leberdiagnostik mit leberspezifischen KM
VR44	Teleradiologie	
VR47	Tumorembolisation	
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	MRCP diffusionsgerichtete Bildgebung
VR07	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)	
VR08	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Diagnostische und Interventionelle Radiologie	Kommentar
VR09	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren	
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	
VR28	Intraoperative Anwendung der Verfahren	
VR00	Sonstige im Bereich Radiologie	Mamma MRT, Intervention

B-10.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Diagnostische und Interventionelle Radiologie

Trifft nicht zu.

B-10.5 Fallzahlen Diagnostische und Interventionelle Radiologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-10.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-10.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-10.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-222	1912	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
2	3-225	1632	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
3	3-990	1162	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
4	3-226	924	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel
5	3-200	844	Native Computertomographie des Schädels
6	3-207	797	Native Computertomographie des Abdomens
7	8-836	728	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention
8	3-820	650	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel
9	3-202	532	Native Computertomographie des Thorax
10	3-22x	512	Andere Computertomographie mit Kontrastmittel

B-10.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-10.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-10.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-10.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-10.11 Personelle Ausstattung

B-10.11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 9,63

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,63	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,63	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 4,95

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,95	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,95	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ54	Radiologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

B-10.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Kommentar: MTRAs

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:

Medizinische Fachangestellte

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-10.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-11 Palliativmedizin

B-11.1 Allgemeine Angaben Palliativmedizin

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Palliativmedizin
Fachabteilungsschlüssel	3752
Art	Hauptabteilung

Chefärzte/-ärztinnen

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Leitung Palliativstation
Titel, Vorname, Name	Herr Dr. med. Sosada Markus
Telefon	0511/927-2302
Fax	0511/92797-5210
E-Mail	markus.sosada@krh.eu

Öffentliche Zugänge

B-11.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja
Kommentar	Die Zielvereinbarungen beachten dabei die Empfehlungen nach § 136a SGB V.

B-11.3 Medizinische Leistungsangebote Palliativmedizin

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Palliativmedizin	Kommentar
VI38	Palliativmedizin	palliativmedizinische Komplettversorgung: Schmerztherapie, Symptomkontrolle, psychosoziale Betreuung, Angehörigenbetreuung
VI00	Pallivative Versorgung bei sämtlichen Tumorerkrankungen	Aus allen Fachbereichen
VI00	Palliative Versorgung bei unheilbaren Nichtonkologischen Erkrankungen	Aus allen Fachbereichen

B-11.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Palliativmedizin

Trifft nicht zu.

B-11.5 Fallzahlen Palliativmedizin

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	155
Teilstationäre Fallzahl	0

B-11.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-11.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C34	46	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
2	C50	17	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
3	C25	9	Bösartige Neubildung des Pankreas
4	C56	8	Bösartige Neubildung des Ovars
5	C78	7	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
6	C61	6	Bösartige Neubildung der Prostata
7	C18	5	Bösartige Neubildung des Kolons
8	C67	5	Bösartige Neubildung der Harnblase
9	C79	4	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen
10	C90	4	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen

B-11.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-11.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-11.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-98e	113	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung
2	8-522	108	Hochvoltstrahlentherapie
3	8-527	50	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
4	9-200	19	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
5	8-528	16	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
6	8-529	16	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
7	8-018	12	Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung
8	8-144	5	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle
9	8-390	5	Lagerungsbehandlung
10	1-266	< 4	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt

B-11.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-11.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-11.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-11.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-11.11 Personelle Ausstattung

B-11.11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ63	Allgemeinmedizin
AQ23	Innere Medizin
AQ27	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF30	Palliativmedizin
ZF11	Hämostaseologie

B-11.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 7,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,5	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 20,66667

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	1

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP20	Palliative Care	6 Vollkräfte
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP08	Kinästhetik	5

B-11.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-12 Frauenklinik

B-12.1 Allgemeine Angaben Frauenklinik

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Frauenklinik
Fachabteilungsschlüssel	2425
Art	Hauptabteilung

Chefärzte/-ärztinnen

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Fakher Ismaeel
Telefon	0511/927-3601
Fax	0511/927-3600
E-Mail	fakher.ismaeel@krh.eu

Öffentliche Zugänge

B-12.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja
Kommentar	Die Zielvereinbarungen beachten dabei die Empfehlungen nach § 136a SGB V.

B-12.3 Medizinische Leistungsangebote Frauenklinik

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Frauenklinik	Kommentar
VG00	Sonstige im Bereich Gynäkologie	
VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse	
VG02	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse	
VG03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse	
VG04	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie	
VG07	Inkontinenzchirurgie	
VG06	Gynäkologische Chirurgie	radikale Operationen beim Endometrium (endoskopisch und offenen Chirurgie), Cervex Karzinome, Ovarkarzinome, Vulvakarzinom
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren	
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane	
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	
VR00	Sonstige im Bereich Radiologie	MRT Mamma

B-12.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Frauenklinik

Trifft nicht zu.

B-12.5 Fallzahlen Frauenklinik

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1498
Teilstationäre Fallzahl	0

B-12.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-12.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C50	282	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
2	N62	87	Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse]
3	N83	80	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri
4	T85	69	Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate
5	D25	62	Leiomyom des Uterus
6	N81	62	Genitalprolaps bei der Frau
7	T81	54	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert
8	C56	49	Bösartige Neubildung des Ovars
9	N61	48	Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]
10	R10	40	Bauch- und Beckenschmerzen

B-12.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
C53.8	< 4	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend
C51.8	4	Bösartige Neubildung: Vulva, mehrere Teilbereiche überlappend

B-12.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-12.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-870	268	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe
2	1-672	155	Diagnostische Hysteroskopie
3	5-401	132	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße
4	5-651	124	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe
5	5-704	117	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik
6	5-469	109	Andere Operationen am Darm
7	5-889	106	Andere Operationen an der Mamma
8	5-884	96	Mammareduktionsplastik
9	5-690	95	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]
10	5-681	86	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus

B-12.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-12.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Privatambulanz Sprechstunde	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren (VG08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse (VG01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane (VG13)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse (VG02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes (VG14)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse (VG03)
Angebotene Leistung	Endoskopische Operationen (VG05)
Angebotene Leistung	Gynäkologische Chirurgie (VG06)
Angebotene Leistung	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie (VG04)
Angebotene Leistung	Urogynäkologie (VG16)

B-12.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-690	61	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]
2	1-672	57	Diagnostische Hysteroskopie
3	5-870	44	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe
4	1-471	31	Biopsie ohne Inzision am Endometrium
5	5-399	9	Andere Operationen an Blutgefäßen
6	1-694	6	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)
7	5-651	6	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe
8	5-711	6	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)
9	5-681	5	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus

B-12.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-12.11 Personelle Ausstattung

B-12.11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 11,35

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11,35	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,35	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 131,98238

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 6,55

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,55	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,55	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 228,70229

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	
AQ16	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie	Senology

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

B-12.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 15

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	15	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	15	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 99,86667

Medizinische Fachangestellte

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,75

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,75	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,75	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 1997,33333

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	1

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP23	Breast Care Nurse	1

B-12.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	365	100,0	
Geburtshilfe (16/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtig Leistung erbracht.
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1)	298	100,0	
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	173	100,0	
Herzschrittmacherversorgung:Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	69	100,0	
Herzschrittmacherversorgung:Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	18	100,0	
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtig Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtig Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung: Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (HEP_WE)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtig Leistung erbracht.
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtig Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)	10	100,0	
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)	38	100,0	
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)	9	100,0	
Karotis-Revaskularisation (10/2)	59	100,0	

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtig Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen (KEP_IMP)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtig Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesenwechsel und –komponentenwechsel (KEP_WE)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtig Leistung erbracht.
Mammachirurgie (18/1)	283	100,0	
Neonatologie (NEO)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtig Leistung erbracht.
Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	847	99,9	
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH)[1]			In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtig Leistung erbracht.
Aortenklappenchirurgie, isoliert (HCH)			In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtig Leistung erbracht.
Koronarchirurgie, isoliert (HCH)			In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtig Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation (HCH_AORT_KATH_ENDO)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtig Leistung erbracht.

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

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Zählleistungsbereich Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation (HCH_AORT_KATH_TRAPI)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtig Leistung erbracht.
Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtig Leistung erbracht.
Herztransplantation (HTXM_TX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtig Leistung erbracht.
Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtig Leistung erbracht.
Leberlebendspende (LLS)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtig Leistung erbracht.
Lebertransplantation (LTX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtig Leistung erbracht.
Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtig Leistung erbracht.
Nierenlebendspende (NLS)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtig Leistung erbracht.
Nierentransplantation (PNTX)[2]			In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtig Leistung erbracht.

C-1.2.[1] Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem QS-Verfahren für das Krankenhaus

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

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	**Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme**
Kennzahlbezeichnung	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Grundgesamtheit	352
Beobachtete Ereignisse	348
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,86%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,39 - 98,48%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,12 - 99,56%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

[2]In den Leistungsbereichen Nierentransplantation und Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	**Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)**
Kennzahlbezeichnung	Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde nicht aus anderem Krankenhaus aufgenommen)
Grundgesamtheit	319
Beobachtete Ereignisse	291
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	91,22%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,18 - 95,35%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	87,61 - 93,86%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	**Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Index = 1 oder 2)**
Kennzahlbezeichnung	Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit mittlerem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben
Grundgesamtheit	169
Beobachtete Ereignisse	153
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	90,53%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	93,88 - 94,13%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	85,18 - 94,09%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	**Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung**
Kennzahlbezeichnung	Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung
Grundgesamtheit	261
Beobachtete Ereignisse	220
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	84,29%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,49 - 95,68%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	79,38 - 88,20%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	A41 - Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
Kommentar Krankenhaus	Aufgrund der Daten werden die Schulungsmaßnahmen des Pflegepersonals zur Erhebung der Stabilitätskriterien bei Entlassung (Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung) intensiviert und die technische Ausstattung zur Datenerhebung wird verbessert.

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen**
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Grundgesamtheit	352
Beobachtete Ereignisse	54
Erwartete Ereignisse	34,22
Ergebnis (Einheit)	1,58
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,58
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,03 - 1,05
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,23 - 2,00
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	**Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme**
Kennzahlbezeichnung	Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus
Grundgesamtheit	342
Beobachtete Ereignisse	330
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	96,49%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,18 - 96,32%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,97 - 97,98%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	**Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)**
Kennzahlbezeichnung	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde nicht aus anderem Krankenhaus aufgenommen)
Grundgesamtheit	346
Beobachtete Ereignisse	342
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,84
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,45 - 98,54
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,07 - 99,55
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	**Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)**
Kennzahlbezeichnung	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde aus anderem Krankenhaus aufgenommen)
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,25 - 96,97
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	60,97 - 100,00
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Qualitätsindikator (QI)	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation**
Kennzahlbezeichnung	Verletzung der umliegenden Organe während einer gynäkologischen Operation mittels Schlüssellochchirurgie – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle i
Grundgesamtheit	179
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,93
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,18
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,95 - 1,09
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 4,04
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Geschäftsstelle	In den risikoadjustierten Qualitätsindikatoren sind die erwarteten Werte der Krankenhäuser immer größer als 0. Sehr kleine Werte von z.B. 0,001 können aus technischen Gründen nicht dargestellt werden, da nur zwei Nachkommastellen ausgewiesen werden.

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Qualitätsindikator (QI)	**Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden**
Kennzahlbezeichnung	Blasenkatheter länger als 24 Stunden
Grundgesamtheit	188
Beobachtete Ereignisse	19
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	10,11%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,59%
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,67 - 2,87%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	6,57 - 15,24%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	H20 - Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Kommentar Krankenhaus	Bei den Patienten wurde aufgrund ausgedehnter Operationen mit anschließender Mobilitätseinschränkung der Dauerkatheter länger als 24 Stunden belassen.

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Qualitätsindikator (QI)	**Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung**
Kennzahlbezeichnung	Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation an den Eierstöcken
Grundgesamtheit	< 4
Beobachtete Ereignisse	< 4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,09 - 1,31%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Qualitätsindikator (QI)	**Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund**
Kennzahlbezeichnung	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung
Grundgesamtheit	< 4
Beobachtete Ereignisse	< 4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 20,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	8,50 - 9,40%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Qualitätsindikator (QI)	**Organerhaltung bei Ovareingriffen bei Patientinnen bis 45 Jahre**
Kennzahlbezeichnung	Keine Entfernung des Eierstocks bei jüngeren Patientinnen mit gutartigem Befund nach Gewebeuntersuchung
Grundgesamtheit	77
Beobachtete Ereignisse	76
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,70%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 72,82%
Vertrauensbereich (bundesweit)	87,34 - 87,98%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,00 - 99,77%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Qualitätsindikator (QI)	**Beidseitige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund bei Patientinnen bis 45 Jahre**
Kennzahlbezeichnung	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung bei Patientinnen bis zu einem Alter von 45 Jahren
Grundgesamtheit	< 4
Beobachtete Ereignisse	< 4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	15,45 - 24,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	D50 - Unvollzählige oder falsche Dokumentation
Kommentar Krankenhaus	Die Mitarbeiter wurden bzgl. einer korrekten Kodierung sensibilisiert.

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	**Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden**
Kennzahlbezeichnung	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausschlags der Sonden
Grundgesamtheit	191
Beobachtete Ereignisse	191
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,67 - 97,88%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	98,03 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	**Chirurgische Komplikationen**
Kennzahlbezeichnung	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
Grundgesamtheit	69
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,06 - 0,16%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 5,27%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	**Sterblichkeit im Krankenhaus**
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Grundgesamtheit	69
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,18 - 0,33
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 5,27
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	**Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen**
Kennzahlbezeichnung	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausschlags der Sonden
Grundgesamtheit	590
Beobachtete Ereignisse	578
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	97,97%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,61 - 95,76%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,48 - 98,83%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	**Sondendislokation oder -dysfunktion**
Kennzahlbezeichnung	Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde
Grundgesamtheit	173
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	2,31%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,33 - 1,50%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,90 - 5,79%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	**Chirurgische Komplikationen**
Kennzahlbezeichnung	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
Grundgesamtheit	173
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,77 - 0,90%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 2,17%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen**
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Grundgesamtheit	173
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	1,88
Ergebnis (Einheit)	2,12
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,99
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,91 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,83 - 5,32
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	**Leitlinienkonforme Systemwahl**
Kennzahlbezeichnung	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem
Grundgesamtheit	165
Beobachtete Ereignisse	163
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,79%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,19 - 98,37%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,69 - 99,67%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	**Systeme 3. Wahl**
Kennzahlbezeichnung	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das nur in individuellen Einzelfällen gewählt werden sollte
Grundgesamtheit	< 4
Beobachtete Ereignisse	< 4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 10,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,58 - 1,77%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	**Systeme 1. Wahl**
Kennzahlbezeichnung	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das in der Mehrzahl der Fälle implantiert werden sollte
Grundgesamtheit	165
Beobachtete Ereignisse	160
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	96,97
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,27 - 96,54
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,10 - 98,70
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	**Systeme 2. Wahl**
Kennzahlbezeichnung	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das in der Minderzahl der Fälle implantiert werden sollte
Grundgesamtheit	165
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,17 - 0,24
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 2,28
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	**Chirurgische Komplikationen**
Kennzahlbezeichnung	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
Grundgesamtheit	18
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,57 - 0,87%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 17,59%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	**Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden**
Kennzahlbezeichnung	Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden
Grundgesamtheit	< 4
Beobachtete Ereignisse	< 4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,60 - 1,00%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	U32 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen**
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Grundgesamtheit	< 4
Beobachtete Ereignisse	< 4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	7,84
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,63
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,86 - 1,15
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,39 - 36,34
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	**Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden**
Kennzahlbezeichnung	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausschlags der Sonden
Grundgesamtheit	63
Beobachtete Ereignisse	63
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,29 - 98,49%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	94,25 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	**Chirurgische Komplikationen**
Kennzahlbezeichnung	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,06 - 0,18%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 27,75%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	**Sterblichkeit im Krankenhaus**
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,13 - 0,30
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 27,75
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	**Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen**
Kennzahlbezeichnung	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausschlags der Sonden
Grundgesamtheit	96
Beobachtete Ereignisse	90
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	93,75%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,79 - 96,05%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	87,03 - 97,10%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	**Sondendislokation oder -dysfunktion**
Kennzahlbezeichnung	Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde
Grundgesamtheit	32
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,60 - 0,81%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 10,72%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	**Leitlinienkonforme Systemwahl**
Kennzahlbezeichnung	Beachten der Leitlinien bei der Auswahl eines Schockgebers
Grundgesamtheit	38
Beobachtete Ereignisse	35
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	92,11%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,98 - 96,45%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	79,20 - 97,28%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	**Chirurgische Komplikationen**
Kennzahlbezeichnung	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
Grundgesamtheit	38
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,58 - 0,79%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 9,18%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen**
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Grundgesamtheit	< 4
Beobachtete Ereignisse	< 4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	7,41
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,98
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,93 - 1,25
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,31 - 38,01
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	U99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Kommentar Geschäftsstelle	Tod unabhängig von Maßnahme.

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	**Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff**
Kennzahlbezeichnung	Technische Probleme mit dem Herzschrittmacher als angebrachter Grund für eine erneute Operation
Grundgesamtheit	< 4
Beobachtete Ereignisse	< 4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 10,07%
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,59 - 3,98%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	**Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden**
Kennzahlbezeichnung	Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,42 - 0,80%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 35,43%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	**Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff**
Kennzahlbezeichnung	Ein Problem, das im Zusammenhang mit dem Eingriff steht, als angebrachter Grund für eine erneute Operation
Grundgesamtheit	48
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,99 - 3,35%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 7,41%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	**Infektion als Indikation zum Folgeeingriff**
Kennzahlbezeichnung	Infektion als angebrachter Grund für eine erneute Operation
Grundgesamtheit	48
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,38%
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,55 - 0,71%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 7,41%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	**Chirurgische Komplikationen**
Kennzahlbezeichnung	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,84 - 1,27%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 29,91%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen**
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,13
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,10
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,75 - 1,04
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 20,23
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Geschäftsstelle	In den risikoadjustierten Qualitätsindikatoren sind die erwarteten Werte der Krankenhäuser immer größer als 0. Sehr kleine Werte von z.B. 0,001 können aus technischen Gründen nicht dargestellt werden, da nur zwei Nachkommastellen ausgewiesen werden.

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Qualitätsindikator (QI)	**Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen- chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation**
Kennzahlbezeichnung	Schlaganfall oder Tod nach Operation bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit und gleichzeitiger Operation zur Überbrückung eines verengten Gefäßes
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,19 - 10,38
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Qualitätsindikator (QI)	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - kathetergestützt**
Kennzahlbezeichnung	Schlaganfall oder Tod während des Eingriffs (mittels Katheter) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,13
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,82
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,89 - 1,11
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 18,71
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Geschäftsstelle	In den risikoadjustierten Qualitätsindikatoren sind die erwarteten Werte der Krankenhäuser immer größer als 0. Sehr kleine Werte von z.B. 0,001 können aus technischen Gründen nicht dargestellt werden, da nur zwei Nachkommastellen ausgewiesen werden.

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Qualitätsindikator (QI)	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen - kathetergestützt**
Kennzahlbezeichnung	Schwerer Schlaganfall oder Tod nach dem Eingriff (mittels Katheter) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,06
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,26
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,92 - 1,20
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 44,52
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Geschäftsstelle	In den risikoadjustierten Qualitätsindikatoren sind die erwarteten Werte der Krankenhäuser immer größer als 0. Sehr kleine Werte von z.B. 0,001 können aus technischen Gründen nicht dargestellt werden, da nur zwei Nachkommastellen ausgewiesen werden.

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Qualitätsindikator (QI)	**Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch**
Kennzahlbezeichnung	Angebrachter Grund für eine Operation bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit
Grundgesamtheit	39
Beobachtete Ereignisse	39
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,78 - 99,12%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	91,03 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Qualitätsindikator (QI)	**Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch**
Kennzahlbezeichnung	Angebrachter Grund für eine Operation bei einer um 50 % verengten Halsschlagader und Beschwerden
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,71 - 99,89%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	75,75 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Qualitätsindikator (QI)	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - offen-chirurgisch**
Kennzahlbezeichnung	Schlaganfall oder Tod während der Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Grundgesamtheit	< 4
Beobachtete Ereignisse	< 4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	1,13
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,90
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,02 - 1,19
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,20 - 5,96
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Qualitätsindikator (QI)	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen - offen-chirurgisch**
Kennzahlbezeichnung	Schwerer Schlaganfall oder Tod nach Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Grundgesamtheit	< 4
Beobachtete Ereignisse	< 4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	2,26
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,95
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,06 - 1,29
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,40 - 11,88
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Qualitätsindikator (QI)	**Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt**
Kennzahlbezeichnung	Angebrachter Grund für den Eingriff (mittels Katheter) bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,03 - 98,90%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	60,97 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Qualitätsindikator (QI)	**Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt**
Kennzahlbezeichnung	Angebrachter Grund für den Eingriff (mittels Katheter) bei einer um 50 % verengten Halsschlagader und Beschwerden
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,16 - 99,77%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Qualitätsindikator (QI)	**HER2-Positivitätsrate**
Kennzahlbezeichnung	Rate an Patientinnen und Patienten mit einem positiven HER2-Befund
Grundgesamtheit	160
Beobachtete Ereignisse	19
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	11,88
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich (bundesweit)	12,89 - 13,41
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	7,74 - 17,80
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Qualitätsindikator (QI)	**Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung**
Kennzahlbezeichnung	Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen und Patienten mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung)
Grundgesamtheit	46
Beobachtete Ereignisse	46
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,10 - 99,35%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	92,29 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Qualitätsindikator (QI)	**Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung**
Kennzahlbezeichnung	Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen und Patienten mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung)
Grundgesamtheit	53
Beobachtete Ereignisse	53
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,99 - 96,47%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,24 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Qualitätsindikator (QI)	**Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation**
Kennzahlbezeichnung	Zeitlicher Abstand zwischen der Diagnosestellung und der erforderlichen Operation beträgt unter 7 Tage
Grundgesamtheit	136
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	2,94%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 18,44%
Vertrauensbereich (bundesweit)	5,00 - 5,36%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,15 - 7,32%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Qualitätsindikator (QI)	**Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung**
Kennzahlbezeichnung	Absicherung der Diagnose vor der Behandlung mittels Gewebeuntersuchung
Grundgesamtheit	177
Beobachtete Ereignisse	168
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	94,92%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,04 - 97,28%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	90,62 - 97,30%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Qualitätsindikator (QI)	**Primäre Axilladissektion bei DCIS**
Kennzahlbezeichnung	Lymphknotenentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium
Grundgesamtheit	21
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,02 - 0,16
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 15,46
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Qualitätsindikator (QI)	**Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie**
Kennzahlbezeichnung	Angebrachter Grund für eine Entfernung der Wächterlymphknoten
Grundgesamtheit	73
Beobachtete Ereignisse	72
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,63%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,83 - 96,25%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	92,64 - 99,76%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	**Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4**
Kennzahlbezeichnung	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts eine erhebliche Schädigung der Haut durch Druck erworben haben, die bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke reicht (Grad/ Kategorie 4)
Grundgesamtheit	26900
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 - 0,01
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,01
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

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

C-1.2.[1] C Vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht zur Veröffentlichung empfohlene / noch nicht bzgl. ihrer methodischen Eignung bewertete Qualitätsindikatoren.

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

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	**Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen**
Kennzahlbezeichnung	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Herzschrittmachers aufgrund eines verlangsamten Herzschlags
Grundgesamtheit	165
Beobachtete Ereignisse	161
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	97,58%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,56 - 92,93%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,93 - 99,05%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

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

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: Erkrankungen des Herzens	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	1.1 - Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter >19), Anteil Todesfälle, aufgetreten
Ergebnis	Rate: 8,6% (Zaehler: 56, Nenner: 654)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 8,5%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 8,0%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 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: 7,4% (Zaehler: 74, Nenner: 996)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 8,5%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 8,8%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 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: 4,7% (Zaehler: 27, Nenner: 573)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 5,8%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 5,7%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 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: 2,4% (Zaehler: 11, Nenner: 451)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 1,14%
Vergleichswerte	Ziel: < 1,14%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen des Herzens	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	7.21 - Isolierter offener Aortenklappenersatz ohne weitere Herz-OP (Alter>19), Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 2,4%
Vergleichswerte	Ziel: < 2,4%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 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	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 5,9%
Vergleichswerte	Erwartungswert: nicht darstellbar
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 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	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 2,2%
Vergleichswerte	Ziel: < 2,2%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 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: 8,3% (Zaehler: 1, Nenner: 12)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 8,6%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 6,7%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 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: 8)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 6,4%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 5,9%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 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: 12)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 1,5%
Vergleichswerte	Ziel: < 1,5%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 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: 8,4% (Zaehler: 25, Nenner: 296)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 10,0%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 9,5%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 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: 2,9% (Zaehler: 34, Nenner: 1158)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 4,2%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 3,6%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 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: 1,6% (Zaehler: 2, Nenner: 127)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 2,7%
Vergleichswerte	Ziel: < 2,7%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 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: 7,3% (Zaehler: 10, Nenner: 137)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 7,3%
Vergleichswerte	Ziel: < 20,0%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 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: 88,7% (Zaehler: 228, Nenner: 257)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 93,1%
Vergleichswerte	Ziel: > 93,1%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 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: 1,2% (Zaehler: 3, Nenner: 257)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,5%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,5%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 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: 0,22% (Zaehler: 1, Nenner: 463)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,12%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,12%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 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: 6,3% (Zaehler: 4, Nenner: 63)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 4,7%
Vergleichswerte	Ziel: < 4,7%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 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: 29)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 3,9%
Vergleichswerte	Ziel: < 3,9%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 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: 5)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 1,0%
Vergleichswerte	Ziel: < 1,0%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Gefäßoperationen	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	26.1 - Extrakranielle Gefäß-Operationen, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 2,0% (Zaehler: 1, Nenner: 50)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,84%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,84%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 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: 6)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 1,24%
Vergleichswerte	Ziel: < 1,24%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 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: 5,0% (Zaehler: 1, Nenner: 20)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 7,4%
Vergleichswerte	Ziel: < 7,4%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 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: 25)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 1,7%
Vergleichswerte	Ziel: < 1,7%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 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: 45)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,45%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,45%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 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: 11)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 2,2%
Vergleichswerte	Ziel: < 2,2%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 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: 27)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 4,8%
Vergleichswerte	Ziel: < 4,8%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 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	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,005%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,005%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 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	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 2,0%
Vergleichswerte	Ziel: < 2,0%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 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: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 63)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,04%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,04%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Geburtshilfe und Frauenheilkunde	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	34.2 - Anteil vaginale/laparoskopische OPs bei Hysterektomien ohne Plastik (inkl. Umsteiger)
Ergebnis	Rate: 79,0% (Zaehler: 49, Nenner: 62)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 85,8%
Vergleichswerte	Ziel: > 85,8%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 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	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,16%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,16%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 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	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 1,01%
Vergleichswerte	Ziel: < 1,01%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 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: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,09%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,09%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 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	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,21%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,21%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 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: 0)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 5,5%
Vergleichswerte	Erwartungswert: nicht darstellbar
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 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: 0)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 5,3%
Vergleichswerte	Erwartungswert: nicht darstellbar
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 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	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,035%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,035%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 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: 46)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 2,1%
Vergleichswerte	Ziel: < 2,1%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 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: 59)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,49%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,49%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 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: 11,9% (Zaehler: 5, Nenner: 42)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 4,9%
Vergleichswerte	Ziel: < 4,9%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 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: 150)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,20%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,20%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 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: 47)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,18%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,18%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 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: 33,8% (Zaehler: 229, Nenner: 677)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 33,6%
Vergleichswerte	Ziel: < 33,6%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 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: 17,4% (Zaehler: 55, Nenner: 317)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 16,9%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 16,1%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

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

Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	
Mindestmenge	10
Erbrachte Menge	6
Ausnahmetatbestand	Aufbau eines neuen Leistungsbereiches (MM02)
Kommentar	Leistung wird in einem Partnerkrankenhaus des KRH Klinikum Nordstadt erbracht

Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	
Mindestmenge	10
Erbrachte Menge	35

Stammzelltransplantation	
Mindestmenge	25
Erbrachte Menge	22
Ausnahmetatbestand	Personelle Neuausrichtung (MM03)
Kommentar	Chefarztwechsel in der Klinik für Hämatoonkologie

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	96
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]	83
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]	75

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Qualitätsstrategie des Klinikums Region Hannover

Die medizinische Behandlungsqualität messbar zu machen und sie dann zu verbessern, ist eine große Herausforderung, der sich das Klinikum Region Hannover (KRH) verpflichtet sieht und der es sich stellt. Dahinter steht die feste Überzeugung, dass dies eine unabdingbare Voraussetzung ist, um die stationäre medizinische Versorgungsqualität nachhaltig zu sichern und im Sinne der Patientinnen und Patienten zu entwickeln.

Im Berichtsjahr 2017 wurde das Qualitätsmanagementkonzept des KRH fortgesetzt. Bereits vor zwei Jahren hatte das Unternehmen die Weichen für eine strategische Neuausrichtung getroffen. Die daraus entstandenen Ergebnisse sind nun wirksam und sichtbar. Nach Außen sind besonders die Zertifizierungen für Bürger und Patienten sichtbar und werden hier beispielhaft benannt.
Das KRH Klinikum Neustadt am Rübenberge hat erstmals als Gesamthaus ein Gütesiegel von externen Gutachtern für ein nachgewiesenes Qualitätsmanagement bekommen. Dieses Zertifikat ist an den neuen und erhöhten Anforderungen der internationalen Norm ISO 9001:2015 ausgerichtet. Zugleich konnte an dem Standort in 2017 erfolgreich die Re-Zertifizierung als „Lokales Tumorzentrum“ bestätigt werden. Gerade die interprofessionelle Zentrumsstruktur kommt unseren Patientinnen und Patienten zugute. Daher werden die vielen bereits vor Jahren etablierten Zentren auf dem definierten Qualitätsniveau aufrechterhalten, was sich an den erfolgreichen Re-Zertifizierungen erkennen lässt. So sind in 2017 z.B. das Prostatakarzinomzentrum Großburgwedel und das standortübergreifende Kooperative Brustkrebszentrum (Standorte KRH Klinikum Siloah, Robert Koch Gehrden und Großburgwedel) im Gütesiegel der Deutschen Krebsgesellschaft bestätigt worden.
Auch die KRH Labor GmbH wurde durch externe Auditoren auf die Erfüllung der Normversion ISO 9001:2015 geprüft und rezertifiziert, mittlerweile schon im 6. Zyklus, was für die Nachhaltigkeit des Qualitätsmanagementsystems an dieser Stelle spricht.
Das im Vorjahr in allen KRH Kliniken etablierte neue Verfahren zur Steuerung der Notfallkapazitäten in der Region Hannover hat sich bewährt und im Laufe des Jahres 2017 wurde über das Internet eine einsehbare öffentliche Version des Online-Systems IVENA bereit gestellt (IVENA – interdisziplinärer Versorgungsnachweis). Dies fördert die Transparenz innerhalb der Versorgungsstrukturen und durch einen sofortigen digitalen Überblick über Ausstattung und Auslastung der Kliniken werden Notfallpatienten gezielter den Krankenhäusern zugeführt werden.
Das Internet wird auch an einer anderen Stelle als eine Möglichkeit der gerichteten Kommunikation für Außenstehende sichtbar: Im Beschwerdemanagement des Klinikverbundes, auch Lob & Tadel genannt. Seit 2017 wird im Internet ein standardisierter digitaler Meldeweg niedrigschwellig für Lob, Anregung und Kritik angeboten (http://lobundtadel.krh.eu/). Die Meldungen gehen direkt in die Beschwerdekoordination der jeweiligen Standorte im Klinikverbund ein.

Unabhängige und eigenständige Patientenfürsprecher begleiten an allen zehn Standorten unsere Patienten und Angehörige. Primär werden Beschwerden an die Beschwerdekoordinatoren der jeweiligen Kliniken gerichtet. Bleiben für die Beteiligten Unklarheiten, Bedenken, Ängste oder ergibt es sich, dass ein Gespräch von einer unabhängigen Person begleitet werden soll, dann können die Patientenfürsprecher des Klinikums Region Hannover kompetent unterstützen.
Die medizinische Behandlungsqualität für Laien verständlich aufzubereiten stellt eine besondere Aufgabe dar. Für die Patientinnen und Patienten gibt es deshalb unter www.Krankenhausspiegel-hannover.de schon seit vielen Jahren als Service eine gut verständliche Aufbereitung einer großen Auswahl der verpflichtenden Qualitätssicherungsdaten. Hier ist das KRH einer der maßgeblichen Träger und Unterstützer.
Das Klinikum Region Hannover hatte in der Vergangenheit bei der strategischen Neuausrichtung entschieden, sich an einem umfassenderen Qualitätsprojekt freiwillig zu beteiligen, der Initiative Qualitätsmedizin (IQ^M). Im Interesse unserer Patientinnen und Patienten in der Region Hannover beinhaltet dies auch die regelmäßige Information der Öffentlichkeit über die medizinischen Qualitätsergebnisse. Im Mai 2017 wurden nun die tatsächlichen Ergebnisse (z.B. Komplikations- und Sterblichkeitsraten) erstmalig auf der Homepage der KRH Kliniken veröffentlicht. Jährlich werden die neuen Ergebnisse fortlaufend ergänzt.
Die Initiative Qualitätsmedizin geht über Klinikgrenzen hinaus. Medizinische Fachexperten, sogenannte Peers, aus anderen der rund 400 IQ^M Krankenhäusern schauen sich direkt vor Ort die Abläufe und Prozesse an und zeigen Optimierungsmöglichkeiten auf. Auch das KRH hat Chefärzte zum IQ^M Peer qualifiziert, damit diese ebenso Bewertungen in anderen Kliniken vornehmen können. Diese Form der Qualitätsmessung und -transparenz dient in erster Linie der systematischen Qualitätsverbesserung. Im Berichtsjahr 2017 wurden fünf KRH Standorte von IQ^M Peer besucht und bewertet. 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 unterstützt uns bei der zielführenden Gestaltung einer messbaren medizinischen und pflegerischen Behandlungsqualität.
Um eine positive Qualitätskultur weiter im gesamten Unternehmen wachsen zu lassen, wurde das etablierte berufsgruppenübergreifende Qualifizierungskonzept Qualitätsmanagement (QM) im dritten Jahr fortgesetzt. Hier konnten im Berichtsjahr 47 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter diese QM-Kurse durchlaufen. Qualitätsmanagement ist Führungsaufgabe, daher wurden in 2017 auch 18 Führungskräfte hierzu geschult.
Es gibt noch weitere Bausteine, um die hohe Versorgungsqualität für alle Patientinnen und Patienten in der Region Hannover stetig weiterzuentwickeln und zu verbessern. Was nur Schlagworte aus dem Themenkreis der Patientensicherheit sind wie „*safety first*“ oder „Aus Fehlern lernen“ bedeutet hinter den Kulissen viel konzentriertes Arbeiten und die Verpflichtung, unerwünschte Ereignisse zukünftig zu verhindern und Risiken zu minimieren. Dabei hilft das anonymisierte Fehlermeldesystem, welches im Berichtsjahr nun im gesamten Unternehmen KRH einheitlich und durchgängig etabliert wurde (CIRS, *critical incident reporting system*). Im Gegensatz zur vorherigen Situation fließen die Meldungen aus allen Standorten, Instituten und Zentralen Bereichen des KRH nun in eine

Datenbank, so dass die Stärken dieses Systems besser genutzt werden können. Eine Klinik kann von der anderen lernen, ohne dass sie selbst dieses Ereignis erlebt haben. Zudem können systembedingte Qualitätsansätze im Verbund besser erkannt und entsprechend gehandelt werden.
In der prämierten Unternehmensbroschüre KRH CURA fanden diese Themen (Patientensicherheit, CIRS, IQ^{M}) in der Ausgabe 02/2017 ihre besondere Aufmerksamkeit – auch dieser Stelle wird somit für die Öffentlichkeit die Qualitätsoffensive des Verbundes sichtbar.

D-2 Qualitätsziele

Aus den übergreifenden Unternehmenszielen, aber insbesondere auch aus den individuellen Schwerpunktsetzungen der jeweiligen Kliniken, leiten sich zahlreiche Qualitätsziele in den Einrichtungen der Klinikum Region Hannover GmbH ab. Unter dem Motto „Lernen von dem Besten" werden Qualitätskennzahlen der einzelnen Krankenhäuser innerhalb der Gruppe verglichen. Übergreifende Qualitätsziele beziehen sich insbesondere auf die im Folgenden beschriebenen Themenfelder und unterliegen einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess:

- Konsequente Patienten- und Kundenorientierung (neben Patientinnen und Patienten) sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gehören auch Angehörige und Besucher, einweisende Ärztinnen/Ärzte und Partner weiterer Gesundheitseinrichtungen, Krankenkassen, Politiker und Medien zu den Kunden der Krankenhäuser)
- Medizinisches Leistungsangebot entsprechend dem wissenschaftlichen Fortschritt und orientiert an nationalen und internationalen Standards
- Perspektivisch kontinuierliche Weiterentwicklung und Maßnahmenumsetzung unter den Aspekten Ergebnisqualität und Patientensicherheit
- Konsequente patientenorientierte Prozessoptimierung unter anderem zur Entlastung der Mitarbeiter/innen
- Effiziente Nutzung der Ressourcen
- Aus-, Fort- und Weiterbildung, Personalentwicklung, „lernendes Unternehmen"
- Externe Kooperationen und (Vertrags-)Partnerschaften mit Kostenträgern, niedergelassenen Ärzten, ambulanter und stationärer Pflege
- Nutzen der unternehmenseigenen Expertise zum Aufbau eines Netzwerks mit spezialisierten Zentren zur Sicherstellung der wohnortnahen stationären Krankenversorgung

Die Qualitätspolitik des Klinikum Siloah dient, in Übereinstimmung mit den unternehmensübergreifenden Zielen der Klinikum Region Hannover GmbH, der Verfolgung folgender Qualitätsziele:
a) **Transparente, kontinuierliche Verbesserung der Behandlungsergebnisse**
- **Patientensicherheit**, Vermeiden jeglichen Schadens für den Patienten als Folge der Krankenhausbehandlung;
- **Medizinische Effektivität**, medizinisches Leistungsangebot entsprechend des Fortschritts der wissenschaftlichen Erkenntnis, Vermeidung von Unter- und Überversorgung;

b) **Effizienz**, kontinuierliche Produktivitätssteigerungen, Ressourcenschonung;
c) Positive Ergebnisse aus der **Sicht von Patienten, Angehörigen**, **Zuweisern** und **Kostenträgern**;
d) Positive Ergebnisse aus **Mitarbeitersicht**;
e) Positive Ergebnisse aus der **Sicht der Gesellschaft** (Corporate Social Responsibility).
Vorschläge für Maßnahmen und Projekte des Qualitätsmanagements können alle Mitarbeiter des Hauses machen. Sie entwickeln sich meistens aus der Tätigkeit von Arbeitsgruppen der Fachabteilungen und des Krankenhausdirektoriums.

Zielkonfliktmanagement
Die verschiedenen Qualitätsziele können zu drei Globalzielen zusammengefasst werden: a) Kundenorientierung, b) Mitarbeiterorientierung und c) Wirtschaftlichkeit.
Bei der Verfolgung eines Globalziels können positive Effekte auch für ein anderes Qualitätsziel entstehen: die Verbesserung der Kundenorientierung (Verbesserung der medizinischen Effektivität und Vermeidung von Überversorgung) kann zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven führen.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Übergeordnet ist auf Konzernebene eine zentrale Abteilung Qualitätsmanagement eingerichtet. Die dortigen Mitarbeiter stehen den einzelnen Qualitätsmanagementbeauftragten der Häuser beratend zur Seite.

Intern gibt es eine Abteilung Qualitätsmanagement Klinikum Siloah. Die Abteilung Qualitätsmanagement verfügt über zwei für das Qualitätsmanagement qualifizierte Mitarbeiterinnen, die für die Bereiche zentrales QM/ QMB onkologisches Zentrum und QMB Organkrebszentren zuständig sind.
Die Abteilung Qualitätsmanagement ist direkt dem Direktorium unterstellt. In dem Krankenhaus Siloah gibt es verschiedene zertifizierte Zentren (nach DIN EN ISO 9001, nach den jeweiligen Fachgesellschaften und nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft):
Onkologisches Zentrum, Viszeralonkologisches Zentrum (Darm und Pankreas), Lungenkrebszentrum, Zertifiziertes kooperatives Brustzentrum, Zertifiziertes Weaningzentrum, Prostatakarzinomzentrum, Interdisziplinäres Gefäßzentrum, Hernienzentrum, Diabetologisches Fußzentrum.
In 2019 ist die gesamthafte Zertifizierung des Standortes Siloah nach DIN EN ISO 9001:2015 geplant.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Zur Messung und Verbesserung der Qualität setzt das Klinikum Region Hannover GmbH die folgenden Instrumente des Qualitätsmanagements konzernweit ein:

Beschwerdemanagement

Konzernweit ist ein dezentrales Beschwerdemanagement in den einzelnen Krankenhäusern für Patienten, Mitarbeiter und weitere Anspruchsgruppen eingeführt.
Patienten, Angehörige und Mitarbeiter haben die Möglichkeit, ihre Beschwerden schriftlich oder über eine eingerichtete Beschwerde-Hotline telefonisch abzugeben. Externe Nutzer des Angebotes finden die Kontaktdaten auf der Internetseite des Klinikums Region Hannover (www.krh.eu).

Hygienemanagement

Ziel des Hygienemanagements ist es, hygienischen Mängeln und Infektionen entgegenzuwirken bzw. diese zu vermeiden. Im Konzern sind mehrere Hygienefachkräfte eingesetzt. Darüber hinaus sind hausinterne hygienebeauftragte Ärzte benannt und ein externer Krankenhaushygieniker ist bestellt. Als übergeordnetes Gremium zur Bearbeitung von Hygienebelangen ist eine Hygienekommission mit eigenständiger Geschäftsordnung etabliert. Die protokollierten Sitzungen finden zweimal jährlich und bei Bedarf statt. Sämtliche Regelungen hinsichtlich des Hygiene- und Infektionsmanagements finden sich im Hygieneplan, der allen Mitarbeitern über das Intranet zugänglich ist. Zusätzlich finden sich Informationen zur Händedesinfektion als Aushang in den Häusern. Die Umsetzung und Einhaltung der als verbindlich geltenden Hygienestandards werden durch regelhafte Kontrollen (Begehungen, Abklatschuntersuchungen, Unterweisungen etc.) durch die Hygienefachkraft evaluiert, die ggf. entsprechende Maßnahmen initiiert und nachhält. Angelehnt an das holländische Modell wird ein Aufnahmescreening bei allen Patienten durchgeführt.

Ermittlung der Kundenzufriedenheit

Im KRH Klinikum Siloah werden regelmäßige Patientenzufriedenheitsbefragungen durchgeführt.
In den Patientenbroschüren sind die Ansprechpartner für Beschwerde- und Qualitätsmanagement mit Kontaktdaten aufgeführt und ein allgemeiner Befragungsbogen steht für die Zufriedenheitsbewertung durch die Patienten ebenfalls zur Verfügung.
Im Onkologischen Zentrum und in den Organkrebszentren werden ergänzend regelhaft Zuweiserbefragungen durchgeführt.

Unterweisungen und Belehrungen

Eine fortlaufende Schulung und Unterweisung aller Mitarbeiter zu Hygienemaßnahmen, Brandschutz, Strahlenschutz, Notfalltraining und Arbeitssicherheit findet im KRH Siloah systematisch für alle Mitarbeiter statt.
Mit Hilfe von Jahresschulungsplänen und Teilnahmelisten können die Leitungen der Abteilungen, Bereiche und Kliniken die Teilnahme der unterstellten Mitarbeiter überwachen.

Einweisungen von neuen Mitarbeitern in die vorgenannten Vorschriften erfolgen im Rahmen der strukturierten Einarbeitung. Aktuelle Bekanntmachungen werden durch Rundschreiben und Stationsbesuche der Fachkräfte übermittelt.

Kontinuierliche Überwachung und Messung der Dienstleistung

Interne Audits:
Im Rahmen von jährlich stattfindenden internen Audits, wird das Qualitätsmanagementsystem auf Normkonformität, Angemessenheit und Wirksamkeit überprüft.
Gleichzeitig werden Umsetzung und Wirksamkeit der formulierten Qualitätsziele geprüft. Interne Audits dienen außerdem dazu, vorhandene Schwachstellen zu erkennen und gegebenenfalls Verbesserungen zu veranlassen und durchzuführen.
Die internen Audits werden von qualifizierten Auditoren durchgeführt. Eine Auditplanung, wird jährlich durch die Qualitätsmanagementbeauftragten erstellt.

Externe Audits:
Das KRH Klinikum Siloah wird einmal jährlich im Rahmen eines externen Audits zur Zertifizierung gemäß DIN EN ISO 9001:2015 von einer unabhängigen und akkreditierten Zertifizierungsstelle auditiert. Zusätzlich werden die Organzentren jährlich durch die Auditoren der Deutschen Krebsgesellschaft überwacht.
Patientenzufriedenheitsbefragung:
Im Klinikum Siloah, wird eine regelhafte Patientenzufriedenheitsbefragung durchgeführt. Die Ergebnisse werden kontinuierlich und systematisch erfasst, ausgewertet, intern kommuniziert und bei Bedarf Maßnahmen der Verbesserung eingeleitet.

Benchmark

Das KRH Klinikum Siloah führt regelmäßige Leistungsvergleiche zur Qualitäts-/Leistungsmessung in definierten Krankenhausbereichen durch. So vergleicht sich das KRH Klinikum Siloah z.B. hinsichtlich seiner Leistungsdaten mit den weiteren der Klinikum Region Hannover GmbH angehörenden Kliniken. Die Benchmarkingdaten werden einschließlich einer Ursachenanalyse durch das zentrale Controlling dem Direktorium zur Verfügung gestellt. Das Direktorium wertet die einzelnen Daten aus und ergreift ggf. Verbesserungsmaßnahmen.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

1. Diabetiologisches Fußzentrum

Ausgangslage:
In der Region Hannover gab es kein stationäres Versorgungszentrum für Patienten mit DFS. Diabetologische Schwerpunktpraxen in Hannover und der Region forderten die Krankenhäuser auf, adäquate Versorgungsstrukturen aufzubauen. Zielsetzung der Einrichtung eines Diabetischen Fußzentrums, war zum einen die Sicherstellung des

Versorgungsauftrages der Region Hannover, chronisch kranke, multimorbide Patienten wohnortnah und qualitativ hochwertig zu behandeln. Zum anderen die weitere konsekutive Professionalisierung die medizinische Qualität zu steigern.
Eine Auswertung der deutschen Arbeitsgemeinschaft „Diabetischer Fuß“ an insgesamt 13.000 in einem Fußzentrum behandelten Patienten zeigt, dass die Amputationsraten unter 4 % liegen und damit deutlich niedriger als der bundesweite Durchschnitt von 10-15 %.

Maßnahme:

Im 2013 neu eröffneten Diabetologischen Fußzentrum, am Standort KRH Klinikum Siloah, kooperieren verschiedene Fachdisziplinen des KRH mit niedergelassenen Schwerpunktpraxen, um die bestmögliche Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Ziel ist die Vermeidung von Amputationen und die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen wohnortnahen Behandlung von chronisch kranken und multimorbiden Diabetespatienten.

Ergebnis

In unserem Zentrum werden moderne Verfahren der Wundbehandlung und Durchblutungsverbesserung eingesetzt. So kommen beispielsweise körpereigene Wachstumsfaktoren zur Wundheilungsbeschleunigung zum Einsatz.
Das Behandlungsteam unter Leitung des Internisten und Diabetologen Dr. Dirk Sommer besteht aus Gefäßmedizinern, Radiologen und (Gefäß-)Chirurgen. So können alle Aspekte der diabetischen Stoffwechseltherapie berücksichtigt
werden. Über eine Kooperation mit Orthopädie- Schuhmachern und Orthopädie-Technikern ist ebenfalls die Bereitstellung von notwendigen Hilfsmitteln (z. B. Therapieschuhen) sichergestellt. Das Diabetologische Fußzentrum ist von der Deutschen Diabetesgesellschaft als stationäre Fußbehandlungseinrichtung zertifiziert. Dem Zentrum werden nicht nur Patienten aus Niedersachsen, sondern inzwischen auch aus anderen Bundesländern zugewiesen.

2. Akutgeriatrie im KRH Klinikum Siloah

Ausgangslage

Es ist das Ziel des KRH Klinikums Siloah die Patienten durch eine umfassende geriatrische Behandlung während der Therapie der Grunderkrankung - wenn möglich - zurück in die häusliche Umgebung zu entlassen bzw. bei schon vorbestehender leichter Pflegebedürftigkeit eine Verschlimmerung zu verhindern und durch frühzeitige begleitende rehabilitative Maßnahmen eventuell nötige Reha-Maßnahme im Anschluss an die stationäre Krankenhausbehandlung zu minimieren.

Maßnahme

Bereits 2015 wurde im KRH Klinikum Siloah das Spektrum um eine akutgeriatrische Einheit im Bereich der Klinik für Gastroenterologie erweitert, die von der Oberärztin Frau Dr. med. Leydecker geleitet wird. Neben der akut-medizinischen Behandlung geriatrischer Patienten, die ohnehin fester Bestandteil des therapeutischen Konzeptes im KRH Klinikum Siloah ist, hat die geriatrisch frührehabilitative Komplexbehandlung das Ziel, die typischen medizinischen Besonderheiten geriatrischer Patienten, die deren Fähigkeiten und Ressourcen einschränken, spezifisch aufzugreifen und im Rahmen des stationären Aufenthaltes intensiv zu behandeln.

Ergebnis:

Die Akutgeriatrie am KRH Klinikum Siloah ist mittlerweile ein gut etablierter Leistungsbereich. Zu den medizinischen Behandlungszielen zählen neben der rein somatischen bzw. medikamentösen Therapie auch palliative Therapieansätze wie Symptomkontrolle und Linderung subjektiver Beschwerden. Unter geriatrischen Gesichtspunkten zählen hierzu u.a. die Verbesserung bzw. Wiederherstellung der Selbsthilfefähigkeit und die Erreichung persönlicher Autonomie. Die akutmedizinische Fokussierung würdigt dabei häufig die zahlreichen weiteren Bedürfnisse von geriatrischen Patienten u.a. im Bereich von Coping, Autonomie und Hilfsmittelbedarf nur unzureichend, obwohl das für diese Patientengruppe angezeigt ist. Dies trägt zudem zur Vermeidung von erneuten stationären Aufenthalten bei.

3. Das Pankreaszentrum

Ausgangslage:

Im Onkologischen Zentrum des KRH Klinikums Siloah werden bösartige Erkrankungen interdisziplinär und interprofessionell nach den aktuellen Leitlinien behandelt. Dies kann neben einer Chemotherapie auch eine Strahlentherapie, eine Operation oder eine reine Verlaufskontrolle beinhalten. Im Rahmen einer interdisziplinären Tumorkonferenz wird ein individueller Behandlungsplan erstellt. Mit dem Pankreaskarzinomzentrum unter dem Dach des Onkologischen Zentrums soll die bestmögliche Versorgung unserer Patienten sichergestellt werden. Das Pankreaskarzinom ist insgesamt eine schwierige Erkrankung, da dieser Krebs aufgrund der Lage der Bauchspeicheldrüse und der engen anatomischen Nachbarschaft zu anderen Organen häufig erst spät Symptome zeigt. Dadurch kommen diagnostische Verfahren vielfach erst spät zum Einsatz (CT, MRT, ERCP, Endo-Sono).
In der Therapie unterscheidet man kurative (heilende) von palliativen (lindernden) Maßnahmen. Kurativ ist die Operation mit Entfernung des kompletten Tumors. Sie erfordert größte operative Erfahrung, dauert mehrere Stunden und ist für den Patienten belastend, jedoch den Einsatz wert. In bestimmten Fällen können Patienten einer Chemotherapie vor der Operation zugeführt werden (sog. neoadjuvante Therapie), um durch Verkleinerung des Tumors noch eine heilende Operation durchzuführen. Palliative Operationen (lindernd) dienen der Umleitung der Magenentleerung und der Gallenflüssigkeit. Sie verlängern die Lebenszeit nur unwesentlich. In Fällen, in denen eine Operation eine Heilung nicht erreichen kann, bieten verschiedene Chemotherapie-Verfahren für den Patienten Aussicht auf Lebenszeitverlängerung, Unterdrückung der Symptome und Besserung der Lebensqualität.

Maßnahme:

Implementierung eines zertifizierten Pankreaszentrums in 2017 im Rahmen des Onkologischen Zentrums mit interdisziplinären Kooperationspartnern nach den Richtlinien der Deutschen Krebsgesellschaft und nach DIN EN ISO 9001:2015.

Ergebnisse:

Das Pankreaszentrum gewährleistet speziell für die Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse (Pankreas) eine besonders hochwertige Vorsorge, Therapie, Nachsorge und Dokumentation mit allen Behandlungspartnern im Klinikum.
Aufgrund der komplexen Funktion der Bauchspeicheldrüse arbeiten wir im operativen Bereich Hand in Hand mit verschiedenen Partnern im Klinikum zusammen: Dazu gehören im diagnostischen und therapeutischen Bereich die Gastroenterologie, die Onkologie und Strahlentherapie und die Radiologie. Im Falle eines Diabetes mellitus erfolgt die Zusammenarbeit mit dem Diabetologen. Mögliche Therapien bei Krebserkrankungen werden in der gemeinsamen Tumorkonferenz besprochen.

Unsere Patienten werden von einem interdisziplinären Team professionell betreut. Dadurch können wir für jeden einzelnen Patienten einen individuell auf ihn angepassten, dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechenden, optimalen Therapieplan erstellen. Die medizinischen Leitlinien wurden nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse erarbeitet und implementiert.
Durch die Etablierung von fachübergreifenden Tumorkonferenzen gelangen wir gemeinsam mit ärztlichen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen aus anderen Fachgebieten und niedergelassenen Fachärzten zu einer umfassenden Empfehlung hinsichtlich Diagnostik und Therapie. Die Pflege wird durch onkologische ausgebildete Fachpflegekräfte unterstützt. Es findet eine enge Zusammenarbeit mit der Psychoonkologie, dem Sozialdienst und anderen Abteilungen statt.

4. Beatmungszentrum im Klinikum Siloah
- Klinik für Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin
Ausgangslage
Die Klinik für Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin im Klinikum Siloah steht für die über hundertjährige medizinische Tradition der Lungenklinik Heidehaus und ist Marktführer in der Region Hannover. Seit über 10 Jahren ist das Beatmungszentrum wesentlicher Bestandteil der Klinik - und bietet hohe ärztliche, pflegerische, atmungs- und physiotherapeutische Expertise.
Struktur
In unserem Beatmungszentrum sind die Einheit für Respiratorentwöhnung (Weaning), die pneumologische Intensivstation und die auf außerklinische Beatmung spezialisierte Normalstation eng vernetzt.

Weaningeinheit

Patienten mit Langzeitbeatmung mit prolongiertem Weaning (= verlängerte Entwöhnung vom Respirator) absorbieren ca. 50 % der Ressourcen einer Intensivstation. Die Infrastruktur von nicht-spezialisierten Intensivstationen ist inadäquat für Patienten im prolongierten Weaningverfahren. Eine Weaningeinheit bietet eine spezialisierte Organisationsstruktur und besondere therapeutische Strategien. Eine Weaningeinheit ist integraler Bestandteil eines zertifizierten pneumologischen Beatmungszentrums
Die Weaningeinheit besteht seit 2003 und ist seit 2011 im „WeanNet“ durch die deutsche

Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) zertifiziert.
Hier werden vorwiegend beatmete Patienten externer Kliniken aus der Stadt Hannover, der umgebenden Region und dem Bundesland Niedersachsen therapiert.

Heimbeatmung
Auf unserer spezialisierten Heimbeatmungsstation werden ca. 190 Patienten jährlich auf eine Maskenbeatmung eingestellt, die ambulant als Dauertherapie weitergeführt wird. Im Einklang mit den Empfehlungen der Fachgesellschaft werden ambulant beatmete Patienten alle 6-12 Monate unter stationären Bedingungen kontrolliert. Zurzeit finden jährlich ca. 900 Beatmungskontrollen statt. Ein neuer Schwerpunkt ist die Therapie einer Mundstück-Beatmung, die in Einzelfällen den Freiheitsgrad der Patienten erweitern kann.

Maßnahmen
Die Weaningeinheit im Klinikum Siloah wird sukzessive erweitert. Dieser Prozess findet im Rahmen der von der Geschäftsführung moderierten Medizinstrategie 2020 statt. Der Schwerpunkt Heimbeatmung wird ebenfalls technisch weiter verbessert und ausgebaut.

In den Jahren 2017 wurden über 50 Patienten pro Jahr mit einer durchschnittlichen Liegezeit von knapp 40 Tagen zur Entwöhnung von der invasiven Beatmung behandelt. Etwa die Hälfte der Patienten konnte vollständig ohne Beatmung und etwa ein Viertel mit einer nicht-invasiven Maskenbeatmung in die Häuslichkeit entlassen werden.

Es ist unser Ziel, mit der Erweiterung der Weaningeinheit die Patientenzahlen in diesem Bereich und der Heimbeatmungsstation kontinuierlich zu steigern, die Qualität der Versorgung zu verbessern sowie die Liegedauer zu verkürzen.

5. Projekt Assist Device - Impella

Ausgangslage:

Das Gerät Assist Device Impella wurde im Jahr 2017 in der Klinik für Kardiologie und Rhymologie und Intensivmedizin angeschafft, mit dem Ziel. bei kritischer Einschränkung der Herzleistung, unterstützend ein zusätzliches Herz-Zeitvolumen zu generieren.

Maßnahme:
Einführung des Verfahrens mit Anschaffung einer standortgebundenen mobilen Maschine, die in allen Katheter-Laboren und auf den Intensivstationen genutzt werden kann.

Ergebnisse:
Bei kritisch herzkranken Patienten mit starker Einschränkung der kardialen Auswurfleistung kann nunmehr überbrückend ein zusätzliches Herz-Leistungsvolumen generiert werden. Damit verbessert sich die Prognose der betroffenen Patienten entscheidend.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Bewertung des Qualitätsmanagements

In der Klinikum Region Hannover GmbH existiert ein effektives und ergebnisorientiertes Qualitätsmanagement. In diesem Kontext ist ein wichtiger Bestandteil zur Evaluation der Qualitätsziele und deren Erreichungsgrad, sich mit anderen Einrichtungen und Institutionen im Gesundheitswesen zu vergleichen bzw. messen zu lassen.
Seit 2008 hat die Klinikum Region Hannover GmbH daher an folgenden externen und internen Erhebungs- bzw. Benchmark Verfahren teilgenommen:

- Erhebung der BQS-Qualitätsindikatoren gemäß § 137 SGB V

- Durchführung von konzernübergreifenden Patienten- und Mitarbeiterbefragungen sowie Befragungen zuweisender Ärzte mit Benchmark der einzelnen Kliniken der Klinikum Region Hannover GmbH

- Auszeichnung mit dem Zertifikat Audit Beruf und Familie.
Darüber hinaus hat das KRH Klinikum Siloah die folgenden internen und externen Maßnahmen zur Bewertung von Qualität bzw. des Qualitätsmanagements realisiert:
- Zertifizierung des Gefäßzentrums nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Angiologie-, Gefäßchirurgie und der Deutschen Röntgengesellschaft

- Zertifizierung des Weaning-Zentrums seit dem 21.10.2011 innerhalb des WeanNet, einer AG der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin

- Zertifiziertes Diabetologisches Fußzentrum nach der Deutschen Diabetes Gesellschaft

- Kompetenzzentrum für Hernienchirurgie von der Fachgesellschaft DGVC (Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie) sowie der Arbeitsgemeinschaft CAH (Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Hernien) zertifiziert

- Die Klinik für Nieren - und Hochdruckkrankheiten kooperiert mit dem ortsansässigen Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e.V. (KfH Dialysezentrum). Das KfH-Zentrum ist nach einem Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001:2015 zertifiziert.

- Zertifizierung des Onkologischen Zentrums inkl. aller dazugehörigen Organkrebszentren nach DIN EN ISO 9001:2015 und nach den Richtlinien der Deutschen Krebsgesellschaft. Zum Onkologischen Zentrum gehören:

- zertifiziertes Lungenkrebszentrum

- zertifiziertes Prostatakarzinomzentrums

- zertifiziertes Darmkrebszentrum

- zertifiziertes Pankreaskarzinomzentrum

Gemeinsam bilden das Darmkrebs- und das Pankreaskarzinomzentrum das Viszeralonkologische Zentrum.

- zertifiziertes Kooperatives Brustzentrum (Standort Siloah)

Weiterhin werden im Rahmen des Onkologischen Zentrums die folgende Tumore behandelt: Lymphome, Leukämien, Plasmozytom und Nierenzellkarzinom.