



KRH KLINIKUM GROSSBURGWEDEL

STRUKTURIERTER QUALITÄTSBERICHT

GEMÄSS § 137 ABS. 3 SATZ 1 NR. 4 SGB V FÜR NACH § 108 SGB V
ZUGELASSENE KRANKENHÄUSER

2018



Aus Verantwortung gemeinsam für gute Medizin

Das KRH Klinikum Region Hannover steht für Ihre wohnortnahe Medizin und Pflege, hohe Behandlungsqualität sowie für umfassende Diagnostik und Therapie aus einer Hand. Als kommunales Unternehmen betreiben wir in der Landeshauptstadt und der Region Hannover zehn Krankenhäuser mit insgesamt rund 3.200 Betten und 7.500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Pro Jahr versorgt das KRH circa 131.000 stationäre und 180.000 ambulante Patienten und Patientinnen.

Unser Selbstverständnis

Das Klinikum Region Hannover stellt sich sehr bewusst der großen Verantwortung, gemeinsam gute Medizin und Pflege für die Menschen in der gesamten Region Hannover anzubieten. Diese Verantwortung wiegt angesichts der schwierigen Herausforderungen in der deutschen Gesundheitslandschaft umso schwerer. „UNSER SELBSTVERSTÄNDNIS“ soll den Beschäftigten im KRH Rückhalt im Alltag sein und Maßstäbe für Entscheidungen bieten. Es bedeutet eine tägliche Herausforderung für alle Beschäftigten auf allen Hierarchieebenen, „UNSEREM SELBSTVERSTÄNDNIS“ zu entsprechen.

Präambel:

Wir, das Klinikum Region Hannover (KRH), sind ein leistungsfähiger Verbund von Gesundheitseinrichtungen für die Menschen in der Region Hannover. Wir machen die Vorteile wohnortnaher Einrichtungen für die Menschen ebenso nutzbar wie die Stärke und Vielfalt eines großen Klinikums. Unsere Medizin ist nah am Bürger. Wir sind KOMPETENT UND LEISTUNGSFÄHIG in unserer Struktur.

Können:

Wir verfügen über hervorragendes Expertenwissen und Behandlungsexpertise in unseren medizinischen Disziplinen, der modernen Pflege und den darüberhinausgehenden Versorgungsleistungen. Unser regionaler Verbund macht diese Ressourcen für die Menschen und uns selbst standortübergreifend nutzbar: Von unserer wirksamen Vernetzung profitieren alle Patienten an jedem Standort unseres Verbundes. Wir gehen auf Menschen zu und nehmen sie in ihrer Individualität wahr. Wir kommunizieren mit ihnen auf Augenhöhe, unabhängig von Nationalität, ethnischer Herkunft, Geschlecht, sexueller Identität, Behinderung, Alter, Religion oder Kultur. Wir reflektieren unser Tun kritisch und nutzen gemeinsame Lernprozesse, um uns kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Nutzen:

Wir garantieren den Menschen den Zugang zu allen notwendigen Leistungen durch die Vielfalt unserer Versorgungsangebote im Verbund. Wir sind ein zuverlässiger Partner für alle, die unsere medizinische Hilfe und Empathie benötigen. Jeder Patient kann darauf vertrauen: Im KRH bin ich richtig und werde an jedem Standort zuverlässig versorgt.

Bedarf:

Wir halten für die Menschen leistungsfähige Versorgungsstrukturen sowie kompetentes und engagiertes Personal verlässlich vor. Wir bieten unseren Patientinnen und Patienten die medizinisch richtigen und individuell sinnvollen Leistungen im Rahmen effektiver und effizienter Diagnose- und Behandlungsprozesse. Unser professionelles Handeln ist für unsere Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen verständlich und nachvollziehbar. Geeignete und angemessene Serviceleistungen sind für uns selbstverständlich.

Überzeugung:

Unsere Kernaufgabe ist es, allen Menschen in unserem Versorgungsgebiet die bestmögliche medizinische und pflegerische Versorgung zu bieten, und dies in größtmöglicher Nähe zum Wohnort. Dabei wollen wir offen und gesprächsbereit sein und über eine individuelle Fürsorge zu einem ganzheitlichen Versorgungsergebnis beitragen. Zukünftige Herausforderungen sehen wir als Chance. Wir werden sie durch unsere Vernetzung und die standortübergreifenden Kompetenzen erfolgreich als Team bewältigen. Daraus gehen wir gestärkt hervor und wachsen im Verbund und als Menschen. Unsere Stärke sind unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Sie sind ein entscheidender Unternehmenswert. Unsere gemeinsame Aufgabe ist es, diesen Wert für das Unternehmen zu erhalten und zu steigern. Wir wissen, dass qualifiziertes Personal nur in begrenztem Umfang zur Verfügung steht. Um Belastungen angemessen zu gestalten, setzen wir bewusst auf Prozess- und Ablaufinnovationen. Wir bilden aus und setzen auf Weiterqualifikation und den professions- und hierarchieübergreifenden Dialog. Durch Gestaltungsspielräume ermöglichen wir situatives und schnelles Handeln unserer Mitarbeitenden und Führungskräfte. Mit effektiven und effizienten Prozessen und einer schlanken Organisation schaffen wir die Rahmenbedingungen, damit Gestaltungswille, Einsatzbereitschaft und Verantwortungsbewusstsein selbstverständlich wachsen können. Wir übernehmen Verantwortung für die Gesundheit und Zufriedenheit unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und wollen ihnen ein attraktiver Arbeitgeber sein und in ihrem Umfeld als attraktiver Arbeitgeber wahrgenommen werden.



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

Sinn:

Wir behandeln und versorgen Menschen. Dies tun wir wirtschaftlich und bieten den Bürgerinnen und Bürgern in der Region Hannover so langfristige Versorgungssicherheit. Der verantwortungsvolle und effiziente Umgang mit den uns zur Verfügung stehenden Ressourcen entspricht unserem Auftrag und ethischen Verständnis. Wir nutzen und gestalten innerhalb der zur Verfügung stehenden Rahmenbedingungen alle Spielräume, um Menschen dabei zu unterstützen – auch und gerade in Krisen – gesund zu werden und es zu bleiben. Dabei halten wir uns an die gesetzlichen Vorgaben und geltenden Regeln. Wir verhindern die Verschwendung und Zweckentfremdung von Ressourcen, weil dies unserem ethischen Anspruch und unserem gesellschaftlichen Auftrag entspricht. Durch wirtschaftliches und verantwortungsvolles Handeln sichern wir gemeinsam und jeder in seinem Verantwortungsbereich unsere Leistungen in der Region Hannover auch für die Zukunft.

Selbstrespekt:

Wir werden den Menschen als Individuen mit ihren jeweiligen Bedürfnissen gerecht. Wir handeln wirtschaftlich, um so den Patientinnen und Patienten unter den gegebenen Rahmenbedingungen und unter Berücksichtigung unserer ethischen Ansprüche sowie unseres Innovationspotenzials die möglichst optimale ganzheitliche Versorgung zu ermöglichen. Wir verstehen uns als fürsorglicher und verantwortungsvoller Arbeitgeber. Dazu bieten wir den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Verbundstrukturen Rahmenbedingungen, in denen sie gern arbeiten, wirksam sind und sich weiterentwickeln können. Wir sind stolz auf unseren starken Verbund und tragen engagiert zum gemeinsamen Erfolg bei.

Medizinische Leistungsdaten *

| Med. Leistungsdaten | 2018 | Veränd. in % | 2017 |
|---|---------|--------------|---------|
| Planbetten | 3.173 | -0,03 | 3.174 |
| davon Reha & Forensik | 151 | 0,00 | 151 |
| Stationäre Fälle | 125.426 | -2,79 | 129.022 |
| Ambulante Fälle | 215.422 | -0,29 | 216.041 |
| Nutzungsgrad (nur Somatik) | 78,5% | 10,40 | 80,2% |
| Verweildauer (nur Somatik) ¹ | 6 | 0,18 | 5,7 |

| Kennzahlen in Mio. € | 2018 | Veränd. in % | 2017 |
|----------------------|-------|--------------|-------|
| Umsatz | 589,8 | 1,86 | 579,0 |
| Personalaufwand | 412,9 | 3,9 | 397,4 |
| Materialaufwand | 115,6 | 1,94 | 113,4 |
| EBITDA ² | 20,6 | -51,53 | 42,5 |
| Jahresüberschuss | 1,4 | -93,58 | 21,8 |
| Investitionen | 15,5 | -19,27 | 19,2 |

| Personal | 2018 | Veränd. in % | 2017 |
|--------------------------|-------|--------------|-------|
| Mitarbeiter ³ | 6.609 | 0,38 | 6.584 |
| Auszubildende | 611 | 2,00 | 599 |

¹ Durchschnitt in Tagen

² unter Berücksichtigung der außerordentlichen Aufwendungen

³ Vollkräfte, Ermittlung gemäß § 267 Abs. 5 HGB

* Stand August 2019

Das KRH Klinikum Großburgwedel ist als Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) Ihr erfahrener Gesundheitsdienstleister im Nordosten der Region Hannover. Als Patient erleben Sie während Ihres Aufenthalts eine freundliche und persönliche Atmosphäre. Von besonderer Bedeutung ist unsere renommierte Abteilung für Spezielle Schmerztherapie, die Sie sowohl ambulant als auch stationär medizinisch und pflegerisch erstklassig versorgt.

Zurzeit wird das KRH Klinikum Großburgwedel grundlegend modernisiert: Ein viergeschossiger Neubau im südlichen Teil des Klinikgeländes, der mit dem bestehenden Gebäudebestand verbunden ist, bildet den Kern der Baumaßnahmen. Der Neubau bietet Platz für mehr als 200 Betten auf drei Ebenen.

DIREKTORIUM **KRH Klinikum Großburgwedel**

Ärztlicher Direktorin
Dr. med. Antje Hoffmann, MBA
Sekretariat: Frau E. Kautz
Telefon: (05139) 801 3317
Fax: (05139) 801 5361
E-Mail: antje.hoffmann@krh.de



Pflegedirektorin
Annelie Kadler
Sekretariat: Frau S. Pieper
Telefon: (05139) 801 3387
Fax: (05139) 801 5361
E-Mail: annelie.kadler@krh.de



Kaufmännischer Direktor
Ronald Gudath
Sekretariat: Frau G. Javadi
Telefon: (0511) 8208 2200
Fax: (0511) 8208 2215
E-Mail: ronald.gudath@krh.de



KLINIKEN
KRH Klinikum Großburgwedel

Klinik für Innere Medizin

Chefarzt:
Dr. med. Christoph Grotjahn
Telefon: (05139) 801 3265
Fax: (05139) 801 5374
E-Mail: christoph.grotjahn@krh.de



Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

Chefarzt:
Dr. med. Achim Elsen
Telefon: (05139) 801 3272
Fax: (05139) 801 5375
E-Mail: achim.elsen@krh.de



Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Chefärztin:
Dr. med. Andrea Beuleke
Telefon: (05139) 801 3487
Fax: (05139) 801 5487
E-Mail: andrea.beuleke@krh.de



KLINIKEN
KRH Klinikum Großburgwedel

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Chefarzt:
Dr. med. Aref Alemi
Telefon: (05139) 801 3291
Fax: (05139) 801 5376
E-Mail: aref.alemi@krh.de



Klinik für Urologie

Chefarzt:
Dr. med. Joachim Stein
Telefon: (05139) 801 3269
Fax: (05139) 801 5377
E-Mail: joachim.stein@krh.de



**Klinik für Anästhesiologie, interdisziplinäre
Intensivmedizin und Notfallmedizin**

Chefärztin:
Dr. med. Kirsten Terhorst
Telefon: (05139) 801 3306
Fax: (05139) 801 5938
E-Mail: kirsten.terhorst@krh.de



KLINIKEN
KRH Klinikum Großburgwedel

Klinik für Schmerztherapie

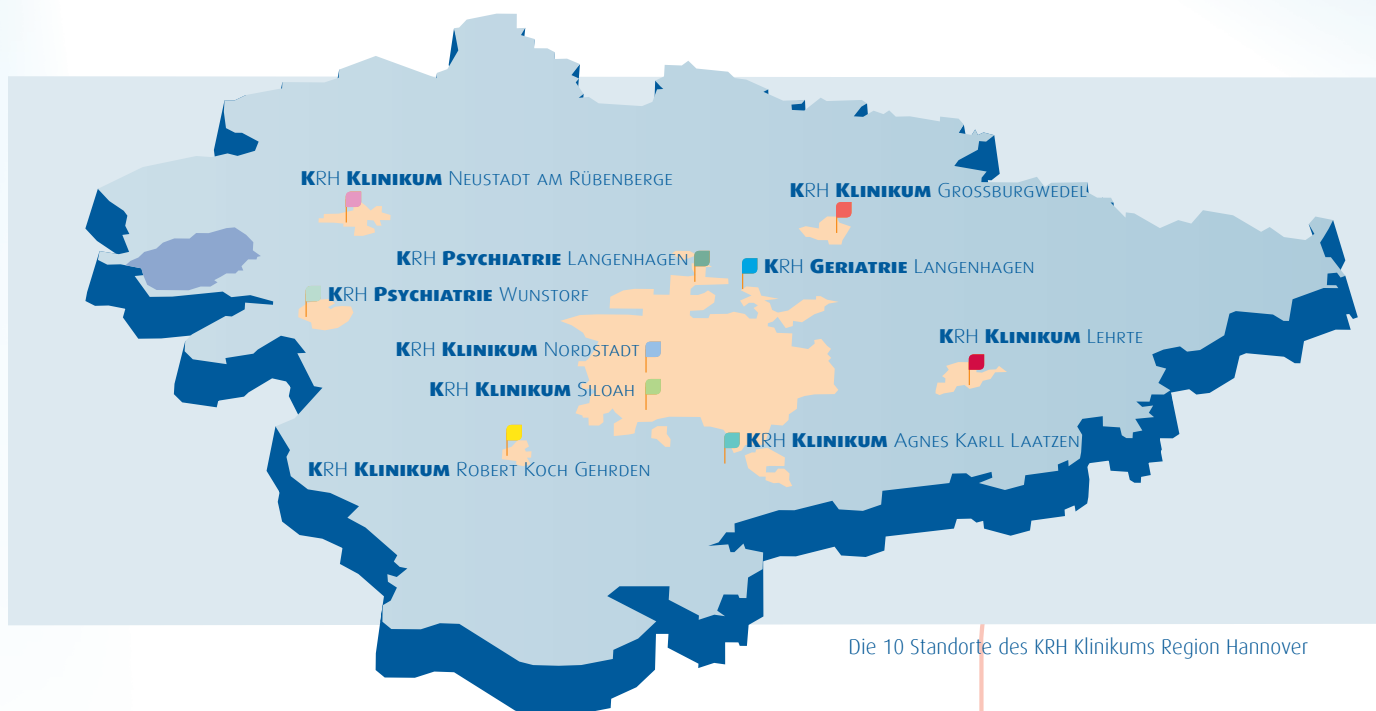
Chefarzt:
MD (syr.) Abdulmassih Elkarra
Telefon: (05139) 801 3399
Fax: (05139) 801 3400
E-Mail: abdulmassih.elkarra@krh.de



Institut für Radiologie

Chefarzt:
Dr. med. Herbert Rosenthal
Telefon: (05139) 801 3279
Fax: (05139) 801 5361
E-Mail: herbert.rosenthal@krh.de





KRH KLINIKUM GROSSBURGWEDEL
 Fuhrberger Str. 8
 30938 Burgwedel
 Telefon: (05139) 801 1
 Fax: (05139) 801 5361
 E-Mail: info.grossburgwedel@krh.de
 Web: grossburgwedel.krh.de

Strukturierter Qualitätsbericht

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

für das

Berichtsjahr 2018

KRH Klinikum Großburgwedel

Dieser Qualitätsbericht wurde am 3. Januar 2020 erstellt.

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|---|-----------|
| | Einleitung..... | 4 |
| A | Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts | 6 |
| A-1 | Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses | 6 |
| A-2 | Name und Art des Krankenhausträgers | 7 |
| A-3 | Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus | 7 |
| A-4 | Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie..... | 7 |
| A-5 | Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses..... | 8 |
| A-6 | Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses | 11 |
| A-7 | Aspekte der Barrierefreiheit | 15 |
| A-8 | Forschung und Lehre des Krankenhauses | 16 |
| A-9 | Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus | 17 |
| A-10 | Gesamtfallzahlen | 17 |
| A-11 | Personal des Krankenhauses | 17 |
| A-12 | Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung | 32 |
| A-13 | Besondere apparative Ausstattung | 50 |
| B | Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen | 53 |
| B-1 | Innere Medizin..... | 53 |
| B-2 | Allgemein- und Viszeralchirurgie..... | 65 |
| B-3 | Orthopädie und Unfallchirurgie | 76 |
| B-4 | Urologie | 87 |
| B-5 | Frauenheilkunde und Geburtshilfe | 100 |
| B-6 | Anästhesie, Intensivmedizin und Notfallmedizin | 114 |
| B-7 | Radiologie | 120 |
| B-8 | Schmerztherapie | 127 |

| | | |
|----------|--|------------|
| C | Qualitätssicherung..... | 137 |
| C-1 | Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V..... | 137 |
| C-1.1 | Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate..... | 137 |
| C-2 | Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V | 196 |
| C-3 | Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V | 196 |
| C-4 | Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung | 197 |
| C-5 | Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V | 215 |
| C-6 | Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V | 219 |
| C-7 | Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | 219 |
| D | Qualitätsmanagement..... | 220 |
| D-1 | Qualitätspolitik..... | 220 |
| D-2 | Qualitätsziele..... | 221 |
| D-3 | Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements..... | 222 |
| D-4 | Instrumente des Qualitätsmanagements | 223 |
| D-5 | Qualitätsmanagement-Projekte..... | 224 |
| D-6 | Bewertung des Qualitätsmanagements | 225 |

Einleitung



Qualitätsbericht 2018 KRH Klinikum Großburgwedel

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

| | |
|-----------------------------|--|
| Funktion | Qualitätsmanagementbeauftragte |
| Titel, Vorname, Name | Frau Dipl. Pflegewirtin (FH) Semsü Tüzün |
| Telefon | 05139/801-3386 |
| Fax | 05139/801-5907 |
| E-Mail | semsi.tuezen@krh.eu |

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

| | |
|-----------------------------|--|
| Funktion | Ärztliche Direktorin |
| Titel, Vorname, Name | Frau Dr. med. Antje Hoffmann |
| Telefon | 05139/801-3317 |
| Fax | 05139/801-5361 |
| E-Mail | antje.hoffmann@krh.eu |

Weiterführende Links

Link zur Homepage des Krankenhauses: <https://grossburgwedel.krh.de/>

Link zu weiterführenden Informationen: <https://grossburgwedel.krh.de/ueber-uns/ueber-uns>

| Link | Beschreibung |
|---|--------------|
| https://grossburgwedel.krh.de/ueber-uns/ueber-uns | |

Einleitung Q-Bericht 2018 GBW

Das Klinikum Großburgwedel ist ein Allgemeinkrankenhaus der Grund- und Regelversorgung und Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) mit folgenden Fachdisziplinen: Innere Medizin, Chirurgie mit Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Allgemein- und Viszeralchirurgie, Urologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Anästhesiologie mit Rettungs- und Intensivmedizin und der Abteilung für Schmerztherapie. Es besteht eine interdisziplinäre Intensivstation unter anästhesiologischer Leitung und eine Intermediate Care Einheit (IMC) unter internistischer Leitung.

Jährlich werden ca. 13.000 Patienten stationär und ca. 30.000 Patienten ambulant behandelt. Unseren Patienten stehen diagnostische und therapeutische Möglichkeiten auf dem neuesten Stand des medizinischen Fortschritts zur Verfügung.

Die Mitarbeiter werden laufend geschult, um alle medizinischen Herausforderungen zu bewältigen aber auch auf die menschlichen und seelischen Belastungen einer Erkrankung angemessen zu reagieren.

Ein umfassendes Qualitätsmanagement ist eingeführt und wird aktiv gelebt.

Der vorliegende Qualitätsbericht enthält die Leistungs- und Strukturdaten des KRH Klinikum Großburgwedel mit den einzelnen Fachabteilungen für das 2018.

Ausschließlich zugunsten der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Nennung beider Geschlechter verzichtet.

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

| Krankenhaus | |
|-------------------------|---|
| Krankenhausname | KRH Klinikum Großburgwedel |
| Hausanschrift | Fuhrberger Straße 8 30938 Burgwedel |
| Telefon | 05139/801-1 |
| Fax | 05139/801-5361 |
| Postanschrift | Postfach 1349 30929 Burgwedel |
| Institutionskennzeichen | 260321495 |
| Standortnummer | 00 |
| URL | https://grossburgwedel.krh.de/ |

Ärztliche Leitung

| Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin | |
|--------------------------------------|--|
| Funktion | ärztlicher Direktor ab 01.07.2017-31.03.2018 |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Christian Unzicker |
| Telefon | 05139/801-3317 |
| Fax | 05139/801-5361 |
| E-Mail | christian.unzicker@krh.eu |

| Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin | |
|--------------------------------------|--|
| Funktion | ärztliche Direktorin |
| Titel, Vorname, Name | Frau Dr. med. (ab 01.05.2018) Antje Hoffmann |
| Telefon | 05139/801-3317 |
| Fax | 05139/801-5361 |
| E-Mail | antje.hoffmann@krh.eu |

Pflegedienstleitung

| Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin | |
|--|--|
| Funktion | Pflegedirektorin |
| Titel, Vorname, Name | Frau Annelie Kadler |
| Telefon | 05139/801-3317 |
| Fax | 05139/801-5361 |
| E-Mail | annelie.kadler@krh.eu |

Verwaltungsleitung

| Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin | |
|--|--|
| Funktion | geschäftsführender kaufmännischer Direktor |
| Titel, Vorname, Name | Herr Ronald Gudath |
| Telefon | 05139/801-3315 |
| Fax | 05139/801-5361 |
| E-Mail | ronald.gudath@krh.eu |

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

| Krankenhausträger | |
|--------------------------|--|
| Name | Region Hannover, Klinikum Region Hannover GmbH |
| Art | Öffentlich |

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

| Krankenhausart | |
|-----------------------|----------------------------------|
| Krankenhausart | Akademisches Lehrkrankenhaus |
| Universität | Medizinische Hochschule Hannover |

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Trifft nicht zu.

A-5

Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar |
|------|--|---|
| MP04 | Atemgymnastik/-therapie | Diese Leistung wird über die eigene Physiotherapieabteilung erbracht. |
| MP08 | Berufsberatung/Rehabilitationsberatung | Patienten werden in Fragen der Rehabilitation von unseren Mitarbeitern der sozialen Dienste beraten, sie werden unterstützt bei allen notwendigen administrativen Aufgabenstellungen. |
| MP14 | Diät- und Ernährungsberatung | Diätassistentin kann als Konsilleistung angefordert werden. |
| MP15 | Entlassungsmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege | |
| MP21 | Kinästhetik | |
| MP24 | Manuelle Lymphdrainage | |
| MP25 | Massage | |
| MP26 | Medizinische Fußpflege | Kooperation mit externen Anbietern |
| MP30 | Pädagogisches Leistungsangebot | Wir bilden in unserem Konzern KRH in folgenden Berufen aus: Gesundheits- und Krankenpflege Physiotherapie Hebamme/ Entbindungspfleger Medizinische Fachangestellte Operationstechnische Assistenten (OTA) |
| MP32 | Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie | Die Abteilung steht für die Versorgung aller stationären Patienten zur Verfügung. Außerdem können dort ambulante Patienten behandelt werden. |

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar |
|------|---|---|
| MP34 | Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst | Es sind Psychologen in der Schmerztherapie eingesetzt. |
| MP35 | Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik | |
| MP37 | Schmerztherapie/-management | Die Behandlung von postoperativen Schmerzen wird nach einem Behandlungspfad unter der Regie der Anästhesiologischen Abteilung durchgeführt. |
| MP63 | Sozialdienst | |
| MP40 | Spezielle Entspannungstherapie | Wird im Rahmen der multimodalen Schmerztherapie angeboten |
| MP45 | Stomatherapie/-beratung | Die Pflegekräfte arbeiten hierbei eng mit externen Anbietern zusammen. Es findet eine Schulung der Patienten zur Vorbereitung statt, um sie auf das häusliche Umfeld vorzubereiten. |
| MP47 | Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik | Alle zur Pflege und Therapie notwendigen Hilfsmittel werden zur Verfügung gestellt. Bei Bedarf werden orthopädische Fachhandelsfirmen ins Haus gerufen. |
| MP48 | Wärme- und Kälteanwendungen | wird von der Physiotherapie angewendet |
| MP68 | Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege | wird über unseren Sozialdienst organisiert |
| MP52 | Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen | Enge Zusammenarbeit mit den hiesigen Selbsthilfegruppen. |
| MP19 | Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik | Findet jeden ersten Dienstag im Monat statt. |

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar |
|------|--|---|
| MP22 | Kontinenztraining/Inkontinenzberatung | Findet im Rahmen der Kontinenzsprechstunde statt. |
| MP36 | Säuglingspflegekurse | |
| MP43 | Stillberatung | |
| MP12 | Bobath-Therapie (für Erwachsene) | |
| MP02 | Akupunktur | findet ausschließlich in der Geburtshilfe statt |
| MP27 | Musiktherapie | wird in der Schmerztherapie angeboten |
| MP44 | Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie | |

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Unsere Patientenzimmer sind mit modernen Entertainment-Terminals ausgestattet. Über diese Terminals bieten wir Ihnen Fernsehen, Telefonie, Internetzugang und WLAN als Komplettpaket für 3,90€ pro Tag an. Hierin eingeschlossen ist eine Telefonflatrate für alle deutschen Netze inklusive Mobilfunknetzen. Für Sonderrufnummern (z.B. 0190-Vorwahl) fallen zusätzliche Gebühren an.

Für die Nutzung des Entertainmentpaketes benötigen unsere Patienten ein Zugangsticket sowie Kopfhörer. Das Ticket kann bequem online oder an der Rezeption erworben werden. Es kann

auch gern der eigene Kopfhörer genutzt werden. Alternativ kann am Empfang in der Eingangshalle, ein Kopfhörer gegen eine Gebühr von 3,-€ gekauft werden kann.

| Nr. | Leistungsangebot | Zusatzangaben | Link | Kommentar |
|------|---|---|------|---|
| NM14 | Fernsehgerät am Bett/im Zimmer | Kosten pro Tag: 0,00€ | | Komplettpaket für 3,90€ pro Tag für Fernsehen, Telefonie, Internetzugang und WLAN. Ein Kopfhörer kann gegen eine Gebühr von 3,-€ am Empfang in der Eingangshalle erworben werden. |
| NM09 | Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) | | | Die Aufnahme von Begleitpersonen ist grundsätzlich möglich (kostenpflichtig) wenn Platz vorhanden ist. |
| NM17 | Rundfunkempfang am Bett | Kosten pro Tag: 0,00€ | | kostenlos |
| NM01 | Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum | | | Es stehen Aufenthaltsecken zur Verfügung. |
| NM18 | Telefon am Bett | Kosten pro Tag: 3,90€ Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,0€ Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0,0€ | | Komplettpaket für 3,90€ pro Tag für Fernsehen, Telefonie, Internetzugang und WLAN. Kopfhörer können gegen eine Gebühr von 3,-€ am Empfang gekauft werden. |

| Nr. | Leistungsangebot | Zusatzangaben | Link | Kommentar |
|------|--|---|------|---|
| NM30 | Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen | Kosten pro Stunde maximal: 1,0€ Kosten pro Tag maximal: 7,0€ | | Besonders ausgewiesene Behindertenparkplätze, barrierefreie Zuwegung Kosten: 1 Stunde bis 3 Stunden pro Stunde 1 €, ab 4 Stunden 3,50 Euro, jede weitere Stunde plus 50 Cent, 8h bis 24 h 7 Euro. Die ersten 15 Minuten sind kostenlos. Bei Verlust der Parkkarte werden 15 Euro Gebühren erhoben. |
| NM02 | Ein-Bett-Zimmer | | | Für alle Patienten gegen Zuzahlung möglich |
| NM42 | Seelsorge | | | evangelischer und katholischer Seelsorger stehen zur Verfügung. |
| NM07 | Rooming-in | | | |
| NM49 | Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen | | | |
| NM66 | Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität) | Angebote für besondere Ernährungsgewohnheiten: Schweinefleisch-freies Essen | | wird ermöglicht |
| NM10 | Zwei-Bett-Zimmer | | | Für alle Patienten gegen Zuzahlung möglich. |
| NM65 | Hotelleistungen | | | |
| NM60 | Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen | | | |

| Nr. | Leistungsangebot | Zusatzangaben | Link | Kommentar |
|------|-------------------------------------|-----------------------|------|---|
| NM15 | Internetanschluss am Bett/im Zimmer | Kosten pro Tag: 0,00€ | | Komplettpaket für 3,90€ pro Tag für Fernsehen, Telefonie, Internetzugang und WLAN. Kopfhörer können gegen eine Gebühr von 3,-€ am Empfang gekauft werden. |
| NM68 | Abschiedsraum | | | |
| NM48 | Geldautomat | | | |

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Alle hier genannten Aspekte der Barrierefreiheit gelten für alle Abteilungen des Hauses.

| Nr. | Aspekt der Barrierefreiheit | Kommentar |
|------|--|--|
| BF09 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug | |
| BF10 | Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen | Auf einer Station und in der Notaufnahme vorhanden |
| BF24 | Diätetische Angebote | |
| BF26 | Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal | Wenn die notwendige Sprache vom Personal beherrscht wird |
| BF17 | Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) | Vorhandene Betten können verlängert werden. Bei Bedarf besteht die Möglichkeit für besonders übergewichtige Menschen geeignete Betten zu mieten. |
| BF22 | Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe | Bei Bedarf werden für übergewichtige Pat. Hilfsmittel (z.B. Toilettenstuhl) gemietet. |
| BF08 | Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen | |

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

A-8.1 **Forschung und akademische Lehre**

| Nr. | Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten | Kommentar |
|------|---|--|
| FL03 | Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) | |
| FL01 | Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten | Propädeutikkurs: Dr. Grotjahn: Innere Medizin |
| FL07 | Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien | Unsere Klinik für Urologie nimmt an folgenden Studien teil: -Burgdorf Study -Pro Focus Studie -HEMI-Studie -PCO-Studie |

A-8.2 **Ausbildung in anderen Heilberufen**

| Nr. | Ausbildung in anderen Heilberufen | Kommentar |
|------|--|--|
| HB01 | Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin | Wird im Ausbildungszentrum des KRH Klinikums Region Hannover angeboten |
| HB10 | Entbindungspfleger und Hebamme | Wird im KRH Klinikum Region Hannover angeboten |
| HB03 | Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin | Wird im KRH Klinikum Region Hannover angeboten |
| HB07 | Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA) | Wird im KRH Klinikum Region Hannover angeboten |

Zusätzlich bilden wir im KRH Medizinische Fachangestellte (Mfa) aus.

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

| Betten | |
|--------|-----|
| Betten | 223 |

A-10 Gesamtfallzahlen

| Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle | |
|--|-------|
| Vollstationäre Fallzahl | 13003 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |
| Ambulante Fallzahl | 24711 |

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: 76,47

Kommentar: Darin enthalten sind 2,61 VK Psychologen in der Schmerztherapie.

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 76,47 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 76,47 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Davon Fachärzte/innen insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 41,31

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 41,31 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 41,31 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

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

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

Davon Fachärzte/innen ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

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

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

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

Anzahl: 0

A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 134,95

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 134,95 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 134,95 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 21,43

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 21,43 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 21,43 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 3,45

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 3,45 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 3,45 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

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

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

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 2,77

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,77 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,77 | |
| 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 | |

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0,96

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,96 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,96 | |
| 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 | |

Entbindungspfleger und Hebammen

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 7,2

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 7,2 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 7,2 | |
| 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: 2,79

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,79 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,79 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 2,79

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,79 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,79 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Medizinische Fachangestellte

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 6,25

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 6,25 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 6,25 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 4,69

Kommentar: außerdem sind 1,0 VK Rettungsassistenten ohne Fachabteilungszuordnung eingesetzt.

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 4,69 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 4,69 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP04 - Diätassistent und Diätassistentin

Anzahl Vollkräfte: 0

Kommentar: Die Diätassistentinnen des KRH Klinikums Region Hannover versorgen auch den Standort KRH Klinikum Großburgwedel.

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|---|
| Stationär | 0 | Bei Bedarf können Diätassistentinnen des Konzerns konsiliarisch angefordert werden. |
| Ambulant | 0 | |

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

SP21 - Physiotherapeut und Physiotherapeutin

Anzahl Vollkräfte: 5,85

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 5,85 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 5,85 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP15 - Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin

Anzahl Vollkräfte: 0,9

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,9 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,9 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

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

Anzahl Vollkräfte: 0

Kommentar: Wir kooperieren mit externen Anbietern.

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|---|
| Stationär | 0 | Es existiert eine Kooperation mit externen Anbietern. |
| Ambulant | 0 | |

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

SP23 - Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin

Anzahl Vollkräfte: 2,07

Kommentar: Mitarbeiter der Schmerztherapie

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,07 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,07 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP27 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie

Anzahl Vollkräfte: 0

Kommentar: Wir kooperieren mit einem externen Anbieter. Zwei Mitarbeiterinnen haben die Zusatzqualifikation.

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|------------------------------------|
| Stationär | 0 | Kooperation mit externen Anbietern |
| Ambulant | 0 | |

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

SP22 - Podologe und Podologin (Fußpfleger und Fußpflegerin)

Anzahl Vollkräfte: 0

Kommentar: Wir kooperieren mit einem externen Anbieter.

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|------------------------------------|
| Stationär | 0 | Kooperation mit externen Anbietern |
| Ambulant | 0 | |

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

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

Anzahl Vollkräfte: 0

Kommentar: Die logopädische Behandlung findet über eine Kooperation mit einer externen Praxis statt.

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|------------------------------------|
| Stationär | 0 | Kooperation mit externen Anbietern |
| Ambulant | 0 | |

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

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

Anzahl Vollkräfte: 6,45

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 6,45 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 6,45 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

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

Anzahl Vollkräfte: 7,21

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|---|
| Stationär | 7,21 | Das Personal des Labors wird vom konzerneigenen Laborinstitut gestellt. |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 7,21 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

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

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

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Voita

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 | |

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

| Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements | |
|--|--|
| Funktion | Ärztliche Direktorin |
| Titel, Vorname, Name | Frau Dr. Antje Hoffmann |
| Telefon | 05139/801-3317 |
| Fax | 05139/801-5361 |
| E-Mail | antje.hoffmann@kr.eu |

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Das Direktorium bekommt einmal pro Quartal durch die Leitung der QMBs einen Überblick über die Aktivitäten der Standorte Laatzen, Lehrte und Großburgwedel.

Die QMBs der drei Standorte treffen sich wöchentlich, um die Aktivitäten abzustimmen.

| Lenkungsgremium | |
|---|--|
| Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche | Treffen ärztliche Direktorin mit QMB des Standortes wöchentlich. In den Kliniken Urologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Unfallchirurgie Orthopädie finden mindestens 4 interdisziplinäre Steuerteamsitzungen statt. |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | andere Frequenz |

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

| Angaben zur Person | |
|---------------------------|--|
| Angaben zur Person | Entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement |

| Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement | |
|---|--|
| Funktion | Ärztliche Direktorin |
| Titel, Vorname, Name | Frau Dr. Antje Hoffmann |
| Telefon | 05139/801-3317 |
| Fax | 05139/801-5361 |
| E-Mail | antje.hoffmann@kr.eu |

A-12.2.2 Lenkungsgremium

| Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe | |
|---|--|
| Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe | Ja - wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement |
| Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche | Treffen ärztliche Direktorin mit QMB des Standortes wöchentlich. In den Kliniken Urologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Unfallchirurgie Orthopädie finden mindestens 4 interdisziplinäre Steuerteamsitzungen statt. |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | andere Frequenz |

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: DLS Dokumentenlenkungssystem Datum: 01.09.2019 | Einführung eines Dokumentenlenkungssystems (DLS) |
| RM02 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen | | Es gibt festgelegte Pflichtfortbildungen wie z.B. Reanimation, Hygiene, Brandschutz. Diese werden als Inhouseschulung angeboten. Allen Mitarbeitern steht das Angebot KRH Bildungszentrums zur Verfügung. |
| RM04 | Klinisches Notfallmanagement | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: DLS Dokumentenlenkungssystem Datum: 01.09.2019 | Es existiert ein Notfallkonzept mit Benennung von Reanimationsteams. |
| RM05 | Schmerzmanagement | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: DLS Dokumentenlenkungssystem Datum: 01.09.2019 | Es existiert ein Postoperatives Schmerzkonzept für alle Abteilungen im Haus. Diese wird von unseren Pain Nurses unter der Leitung der Anästhesie geführt. |
| RM06 | Sturzprophylaxe | Name: Dokumentation im Intranet Datum: 12.12.2018 | Standard zur Sturzprophylaxe auf der Grundlage des Expertenstandards. |

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben | Kommentar |
|------|---|--|---|
| RM07 | Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) | Name: Intranet Datum: 12.12.2018 | Dekubituspflege standard auf der Grundlage des Expertenstandards. |
| RM08 | Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen | Name: Dokumentation im Intranet Datum: 12.12.2018 | Pflegestandard zur Fixierung |
| RM09 | Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten | Name: Richtlinie Medizintechnik Datum: 24.10.2012 | Es existiert eine zentrale schriftliche Regelung der Medizintechnik, in der die Vorgehensweise geregelt ist (Meldung von Fehlern über eine Software). |
| RM10 | Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen | <ul style="list-style-type: none"> - Tumorkonferenzen - Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen - Qualitätszirkel | <p>Im Rahmen der zertifizierten Zentren (Brustzentrum, Prostatakarzinomzentrum, Endoprothetikzentrum) sind die Verfahren fest etabliert.</p> <p>M&M Konferenzen finden interdisziplinär für alle Fachabteilungen gemeinsam statt.</p> <p>Interdisziplinäre Fallbesprechungen in der Schmerztherapie</p> |
| RM12 | Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen | | |

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben | Kommentar |
|------|--|---|---|
| RM13 | Anwendung von standardisierten OP-Checklisten | | Es gibt eine OP Checkliste, Team Time Out kommt zur Anwendung, die Einhaltung wird in Audits regelmäßig überprüft. |
| RM14 | Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwartetem Blutverlust | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: DLS Dokumentenlenkungssystem Datum: 01.09.2019 | Anhand der OP Sicherheitscheckliste werden die Parameter (vorhersehbare kritische OP Schritte, OP-Zeit und erwartetem Blutverlust) erhoben. |
| RM15 | Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: DLS Dokumentenlenkungssystem Datum: 01.09.2019 | Findet im Rahmen der vorstationären Aufnahme statt. |
| RM16 | Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: DLS Dokumentenlenkungssystem Datum: 01.09.2019 | Es kommen folgende Regularien zur Anwendung: Patientenarmbänder OP Sicherheitscheckliste Team Time Out Seitenmarkierung Mehrmalige Patientenidentifikation |

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben | Kommentar |
|------|---|---|-----------|
| RM17 | Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: DLS Dokumentenlenkungssystem Datum: 01.09.2019 | |
| RM18 | Entlassungsmanagement | Name: Prozessbeschreibung Entlassungsmanagement zur Zeit im Intranet Datum: 09.10.2017 | |

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

| Internes Fehlermeldesystem | |
|---|-----------|
| Internes Fehlermeldesystem | Ja |
| Regelmäßige Bewertung | Ja |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | monatlich |
| Verbesserung Patientensicherheit | CIRS |

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

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 |
|--|----------------------|--|
| Krankenhaustygieniker und Krankenhaustygienikerinnen | 1 | |
| Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen | 8 | In jeder Fachabteilung gibt es einen benannten Arzt. Krankenhaustygieniker 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) | 2 | |
| Hygienebeauftragte in der Pflege | 17 | Auf jeder Station bzw. in jedem Funktionsbereich gibt es hygienebeauftragte Pflegekräfte. |

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

| Hygienekommission Vorsitzender | |
|--------------------------------|--|
| Funktion | Ärztliche Direktorin (ab 01.05.2018) |
| Titel, Vorname, Name | Frau Dr. med. Antje Hoffmann |
| Telefon | 05139/801-3317 |
| Fax | 05139/801-5361 |
| E-Mail | antje.hoffmann@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/Hygiene kom. autorisiert | Ja |

2. Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern

| | |
|--|----|
| Der Standard liegt vor | Ja |
| Standard durch Geschäftsführung/Hygiene kom. autorisiert | Ja |

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie

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

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

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

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

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

| Händedesinfektionsmittelverbrauch | |
|--|------------------------|
| Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen | |
| - Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben | Ja |
| - Händedesinfektionsmittelverbrauch | 45,70 ml/Patiententag |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen | |
| - Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben | Ja |
| - Händedesinfektionsmittelverbrauch | 120,80 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 |
|------|--|--|---|
| HM02 | Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen | ITS-KISS | Intensivstationen |
| HM03 | Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen | Name: MRSA-Plus-Netzwerk | Region Hannover |
| 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 mehrmals jährlich und bei Bedarf statt |
| HM04 | Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH) | Teilnahme (ohne Zertifikat) | Internes Konzept: Qualitätsziel Händehygiene seit 2007 |
| HM01 | Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten | URL: http://www.krankenhausspiegel-hannover.de/starseite/ | SGB V, §137 Krankenhausspiegel Hannover |

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

| Lob- und Beschwerdemanagement | | Kommentar / Erläuterungen |
|---|----|---|
| Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt | Ja | Jährlich findet eine Auswertung und Kommunikation der Ergebnisse im Haus statt. Notwendige Maßnahmen werden zeitnah abgeleitet. |
| Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung) | Ja | Es existiert ein schriftliches verbindliches Konzept. |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden | Ja | Jedes mündlich vorgetragene Anliegen wird vertrauensvoll im Beschwerdemanagement behandelt. |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden | Ja | Das Verfahren zum Umgang mit schriftlichen Beschwerden ist geregelt. |
| 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 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 KRH Klinikum Großburgwedel finden Einweiserbefragungen im Prostatakarzinomzentrum, im Brustzentrum und EndoProthetikZentrum statt. |

| Regelmäßige Patientenbefragungen | |
|----------------------------------|---|
| Durchgeführt | Ja |
| Link | |
| Kommentar | Es findet eine kontinuierliche Befragung im Brustzentrum, im Prostatatkarzinomzentrum, im EndoProthetikZentrum, im Aufnahme-und Untersuchungszentrum und in der Geburtshilfe statt. |

| Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden | |
|--|---|
| Möglich | Ja |
| Link | https://www.krh.de/lob-tadel |
| Kommentar | Es sind anonyme Eingaben in das Beschwerdemanagement über das Internet oder Intranet möglich. |

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

| Ansprechperson für das Beschwerdemanagement | |
|---|--|
| Funktion | Beschwerdemanagement |
| Titel, Vorname, Name | Frau Dipl. Pflegewirtin (FH) Semsî Tüzün |
| Telefon | 0511/801-3838 |
| Fax | 05139/801-5907 |
| E-Mail | lobundtadel.grossburgwedel@krh.eu |

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

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherinnen

| Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin | |
|--|--|
| Funktion | Patientenfürsprecher |
| Titel, Vorname, Name | Herr Dr. med. Conrad Hauptmann |
| Telefon | 05139/801-4699 |
| E-Mail | Patientenfuersprecher.GBW@extern.krh.eu |

| Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprechern oder Patientenfürsprecherinnen | |
|---|---|
| Kommentar | Patientenfürsprecher sind keine Mitarbeiter des KRH Klinikum Region Hannover, sondern unabhängige Personen, die sich ehrenamtlich engagieren. |

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

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

A-12.5.2 Verantwortliche Person

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

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

| Verantwortliche Person AMTS | |
|-----------------------------|--|
| Funktion | Chefapotheker |
| Titel, Vorname, Name | Dr. rer. nat. Thomas Vorwerk |
| Telefon | 0511/927-6900 |
| E-Mail | thomas.vorwerk@krh.eu |

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

| Pharmazeutisches Personal | Anzahl (Personen) |
|------------------------------------|-------------------|
| Apothekerinnen und Apotheker | 2 |
| Weiteres pharmazeutisches Personal | 0 |

| Erläuterungen |
|---|
| Es findet ein regelmäßiger Austausch zwischen Ärzten und Apothekern in der Thematik Arzneimittelverordnung statt. |

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben | Kommentar |
|------|--|---|---|
| AS01 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen | | |
| AS13 | Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung | <ul style="list-style-type: none"> - Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassungsbriefes - Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen - Aushändigung des Medikationsplans - bei Bedarf Arzneimittelmitgabe oder Ausstellung von Entlassungsrezepten | |
| AS08 | Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®) | | AIDKlinik (R) |
| AS09 | Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln | <ul style="list-style-type: none"> - Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung - Zubereitung durch pharmazeutisches Personal - Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen | Risikoarzneimittel werden durch pharmazeutisches Personal zubereitet. |

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben | Kommentar |
|------|---|--|-----------|
| AS10 | Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln | <ul style="list-style-type: none"> - Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma) - Elektronische Unterstützung z. B. bei Bestellung, Herstellung, Abgabe von Arzneimitteln. | |
| AS12 | Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern | <ul style="list-style-type: none"> - Fallbesprechungen - Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung - Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) - Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kap. 12.2.3.2) | |

| Nr. | Vorhandene Geräte | Umgangssprachliche Bezeichnung | 24h verfügbar | Kommentar |
|------|--|---|---------------|---|
| AA01 | Angiographiegerät/DSA | Gerät zur Gefäßdarstellung | Ja | Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar. |
| AA38 | Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen | Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck | Ja | Frühgeborenenreanimationseinheit |
| AA08 | Computertomograph (CT) | Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen | Ja | im Hause vorhanden |
| AA10 | Elektroenzephalographiegerät (EEG) | Hirnstrommessung | Ja | Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar. |
| AA43 | Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP | Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen werden | - | Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar. |
| AA14 | Gerät für Nierenersatzverfahren | Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse) | Ja | Das Gerät steht auf der Intensivstation zur Verfügung. |
| AA18 | Hochfrequenztherapiegerät | Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik | - | Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar. |
| AA47 | Inkubatoren Neonatologie | Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten) | Ja | im Haus vorhanden |
| AA50 | Kapselendoskop | verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung | - | im Haus vorhanden |
| AA21 | Lithotripter (ESWL) | Stoßwellen-Steinzerstörung | Nein | steht alle 2 Wochen in der Urologie zur Verfügung |
| AA22 | Magnetresonanztomograph (MRT) | Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder | Ja | Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar. |

| Nr. | Vorhandene Geräte | Umgangssprachliche Bezeichnung | 24h verfügbar | Kommentar |
|------|--|--|---------------|---|
| AA23 | Mammographiegerät | Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse | - | Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar |
| AA57 | Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren | Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik | - | Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar. |
| AA32 | Szintigraphiescanner / Gammasonde | Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten | - | im Haus vorhanden |
| AA33 | Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz | Harnflussmessung | Ja | in der Gynäkologie und Urologie vorhanden |
| AA15 | Gerät zur Lungenersatztherapie /-unterstützung | | Ja | Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar. |
| AA69 | Linksherzkatheterlabor | | Ja | Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar. |
| AA70 | Behandlungsplatz für mechanische Thrombektomie bei Schlaganfall | | Ja | Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar. |

B **Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen**

B-1 **Innere Medizin**

B-1.1 **Allgemeine Angaben Innere Medizin**

Versorgungsschwerpunkte der Medizinischen Klinik:

Die Medizinische Klinik hat den Anspruch, den Bedarf neben der Grund- und Regelversorgung für die Innere Medizin im Nordosten der Region Hannover, Schwerpunkt Gastroenterologie komplett abzubilden.

Die Medizinische Klinik behandelt die Vielfalt der Erkrankungen aus dem gesamten Bereich der Inneren Medizin und den angrenzenden Fachdisziplinen sowie alle gastroenterologischen Erkrankungen.

Der besondere Schwerpunkt der Medizinischen Klinik ist die Gastroenterologie:

Endoskopien des Magen-Darm-Traktes werden in hoher Zahl durchgeführt. Dabei werden sämtliche interventionelle Verfahren vorgehalten. Neben Großflächenmukosektomien (Abtragung von prämaligen und frühmaligen Schleimhautveränderungen am Magen-Darm-Trakt) erfolgen bei Bedarf Vollwandresektionen mit dem FTRD-System. Darüber hinaus wird das komplette Spektrum der Gallenwegs- und Bauchspeicheldrüsendiagnostik und –therapie (z. B. Entfernung von Steinen sowie Implantation von Stents in Gallengang und Bauchspeicheldrüsengang) vorgehalten. Die Bougierung und Ballondilatationen (Aufweitungen) von Stenosen (Engstellen) im oberen und unteren Gastrointestinaltrakt sowie die Anlage von Ernährungssonden stellen tägliche Routine dar.

Daneben erfolgt in hoher Frequenz die innere Ultraschalluntersuchung (Endosonografie). Mit dieser Technik ist es möglich, genauer als mit allen anderen bildgebenden Verfahren, die Ausbreitung von Tumorerkrankungen zur Festlegung der optimalen Therapie genauer zu differenzieren. Weiterhin können so Gewebeproben auch jenseits der Schleimhautgrenze gewonnen werden und krankhafte Flüssigkeitsansammlungen im Bauchraum in den Magen-Darm-Trakt drainiert werden, um so riskante operative Eingriffe zu vermeiden.

Für die Notfallendoskopie und Sonographie sowie die Behandlung von proktologischen Erkrankungen stehen rund um die Uhr alle endoskopischen Verfahren und sämtliche modernen Blutstillungstechniken zur Verfügung.

Im Bereich der Ultraschalldiagnostik:

Es werden alle gängigen Verfahren des gastroenterologischen, kardiologischen und vasculären Ultraschalls auf höchstem Niveau, mit Geräten der neuesten Generation, inklusive des Kontrastmittelultraschalls und interventionellem Ultraschall mit Gewinnung von Gewebeproben, durchgeführt.

Der interventionelle Ultraschall mit Gewinnung von Gewebeproben, sowie Drainage von Flüssigkeitsansammlungen ist seit Jahren etabliert.

Im Bereich der Kardiologie:

Die komplette konservative nicht-interventionelle Kardiologie wird vor Ort durchgeführt. Es gibt eine spezielle Behandlungseinheit (Chest Pain Unit) in der Patienten mit akuten Thoraxschmerz nach den Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Kardiologie diagnostiziert und behandelt werden. Interventionelle Kardiologie, insbesondere geplante oder notfallmäßige Herzkatheteruntersuchung werden 24 Stunden, rund um die Uhr, in Zusammenarbeit mit dem Klinikum Siloah, in der Stadtmitte, angeboten und durchgeführt.

Darüber hinaus werden Patienten aus dem Bereich der Pulmonologie mit akuten Lungenentzündungen, Asthma, chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen und auch malignen Erkrankungen der Atemwege diagnostiziert und in Kooperation, bei Bedarf, nach Vorstellung in einer interdisziplinären Tumorkonferenz von onkologischen Fachärzten weiterbehandelt.

Das akute Nierenversagen wird in Zusammenarbeit mit dem Klinikum Siloah bzw. mit dem Klinikum

Lehrte und vor Ort auf der Intensivstation mittels Dialyse und Hämofiltration behandelt.

Chronische

Nierenerkrankungen stellen einen weiteren Schwerpunkt der Behandlung dar.

Diagnostik und Therapie des Diabetes mellitus: Diese nimmt einen immer größeren Raum in der Inneren Medizin ein. Viele Erkrankungen sind primär häufig durch eine Zuckererkrankung getriggert. Sämtliche Fachärzte im Klinikum Großburgwedel sind diabetologisch speziell geschult, der Chefarzt hat eine Anerkennung als Diabetologie sowohl von der NÄK, als auch von der Deutschen Diabetesgesellschaft. Dementsprechend werden die Patienten hier nach neuesten Gesichtspunkten behandelt, wobei die Weiterbehandlung dann immer vom niedergelassenen Diabetologen fortgeführt werden sollte.

Die Diagnostik und Therapie von Gefäßkrankheiten erfolgt in hoher Zahl. Es werden sowohl die Erkrankungen der Venen (z. B. Thrombosen und Krampfadern) als auch der Arterien (akuter Gefäßverschluss oder Schaufensterkrankheit) interdisziplinär interdisziplinär in enger Kooperation mit dem Gefäßzentrum des KRH und der Chirurgischen Abteilung im Hause nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Angiologie versorgt.

Großen Raum nimmt auch die Erkennung und die Behandlung von Infektionskrankheiten ein. Hierbei handelt es sich um ein weites Spektrum von Erkrankungen - von der Virusgrippe bis zur Sepsis. Die Sepsis zieht als schwerste und lebensbedrohliche durch Bakterien oder Pilze ausgelöste Form einer Infektionskrankheit mehrere Organsysteme in Mitleidenschaft und wird intensivmedizinisch in enger Kooperation mit den Klinischen Mikrobiologen des Klinikum Region Hannover behandelt.

Die Hämatologie/Onkologie wird in enger Zusammenarbeit mit niedergelassenen Onkologen und dem Onkologischen Zentrum im Klinikum Siloah betrieben. Bei uns diagnostizierte Tumorerkrankungen werden in einer interdisziplinären Tumorkonferenz besprochen. Hierfür treffen sich Radiologe, Chirurg, Strahlentherapeut der MHH, niedergelassener und stationär tätiger Onkologe, Internist und ggf. niedergelassener Gastroenterologe, um die optimalen Therapieoptionen für die Patienten zu besprechen und diese dann einzuleiten. Der Pathologe ist per Videokonferenz zugeschaltet.

Die intensivmedizinische Versorgung unserer Patienten erfolgt in Kooperation mit unserer Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin auf einer interdisziplinären Intensivstation. Einer unserer Fachärzte ist dort dauerhaft tätig, sodass sichergestellt ist, dass insbesondere die internistischen Aspekte in der Intensivmedizin in hervorragender Art und Weise vertreten sind. Zusätzlich gibt es für schwer kranke aber nicht mehr intensivpflichtige Patienten eine IMC unter internistischer Leitung auf der auch die teleneurologisch betriebene Schlaganfallstation untergebracht ist (s.o.).

Patienten mit Neurologischen Erkrankungen: kommen ebenfalls in erheblicher Anzahl in unsere Behandlung. Ein relevanter Teil dieser Patienten leidet an einem Schlaganfall oder an einer

kurzeitigen (bis 24 Stunden andauernden= TIA) Hirndurchblutungsstörung bedingt durch einen Gefäßverschluss oder eine Embolie aus dem Herzen. Diese Patienten werden gemeinsam mit einem tagsüber tätigen Neurologen diagnostiziert und behandelt, nachts wird eine telemedizinisch durchgeführte neurologische Mitbehandlung sichergestellt, so dass eine den Richtlinien entsprechende Notfallbehandlung incl. systemischer Lysetherapie durchgeführt werden kann. Nur im einzelnen Bedarfsfall werden die Patienten in die Neurologie im Nordstadt Krankenhaus verlegt.

Die Möglichkeit zur Durchführung einer Notfallcomputertomographie 24-Stunden am Tag mit der Möglichkeit der Gefäßdarstellung, wird selbstverständlich über 365 Tage im Jahr vorgehalten.

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Fachabteilung | Innere Medizin |
| Fachabteilungsschlüssel | 0100 |
| Art | Hauptabteilung |

Ärztliche Leitung

Chefarzt/Chefärztin

| | |
|-----------------------------|---|
| Funktion | Chefarzt |
| Titel, Vorname, Name | Herr Dr. med. Christoph Grotjahn |
| Telefon | 05139/801-3265 |
| Fax | 05139/801-5374 |
| E-Mail | christoph.grotjahn@krh.eu |
| Straße/Nr | Fuhrberger Straße 8 |
| PLZ/Ort | 30938 Burgwedel |
| Homepage | https://grossburgwedel.krh.de/ |

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen

| | |
|-----------------------------------|----|
| Zielvereinbarung gemäß DKG | Ja |
|-----------------------------------|----|

B-1.3

Medizinische Leistungsangebote Innere Medizin

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote Innere Medizin |
|------|--|
| VI01 | Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten |
| VI02 | Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes |
| VI03 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit |
| VI07 | Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) |
| VI08 | Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen |
| VI09 | Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen |
| VI10 | Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten |
| VI11 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) |
| VI12 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs |
| VI13 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums |
| VI14 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas |
| VI15 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge |
| VI16 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura |
| VI17 | Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen |
| VI18 | Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen |
| VI20 | Intensivmedizin |
| VI24 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen |
| VI29 | Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis |
| VI31 | Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen |
| VI43 | Chronisch entzündliche Darmerkrankungen |
| VC18 | Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen |
| VC19 | Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen |
| VD01 | Diagnostik und Therapie von Allergien |
| VD02 | Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen |
| VD03 | Diagnostik und Therapie von Hauttumoren |
| VD04 | Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut |
| VI04 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren |
| VI05 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten |
| VI06 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten |
| VI19 | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote Innere Medizin |
|------|--|
| VI23 | Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS) |
| VI25 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen |
| VN01 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen |
| VN02 | Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen |
| VO01 | Diagnostik und Therapie von Arthropathien |
| VO02 | Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes |
| VO03 | Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens |
| VO04 | Diagnostik und Therapie von Spondylopathien |
| VO05 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens |
| VO06 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln |
| VO07 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen |
| VO08 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes |
| VO09 | Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien |
| VO10 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes |
| VO11 | Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane |
| 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 |
| VI30 | Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen |
| VI35 | Endoskopie |
| VR44 | Teleradiologie |
| VC00 | Nachuntersuchung bei kompliziertem Verlauf |
| VI00 | Prokto-/Rektoskopie |
| VI00 | Ösophago-Gastroduodenoskopie |
| VI00 | Polypektomie |
| VI00 | Bougierung des Ösophagus oder Kardiasprengung |
| VI00 | Einsetzen einer Ösophagusprothese |
| VI00 | Perkutane Gastrostomie |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote Innere Medizin |
|------|--|
| VX00 | invasives und nicht-invasives Monitoring aller Vitalfunktionen (incl. PiCCO-Messungen) |
| VX00 | Beatmung |
| VX00 | thorakaler Periduralkatheter |
| VX00 | am Haus stationierte Notarzteinsetzfahrzeug (NEF) |
| VX00 | temporäre Nierenersatzverfahren (CVVH) |
| VX00 | vorübergehende Herzschrittmacher |
| VX00 | Internistische Intensivmedizin |
| VX00 | Akutschmerzmanagement |
| VX00 | Endosonographie |
| VX00 | Koloskopien |
| VX00 | Entwöhnung von künstlicher Beatmung |
| VX00 | Medikamentöse Einstellung |

B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Innere Medizin

Die Aspekte der Barrierefreiheit des Hauses stehen auch der Klinik für Innere Medizin zur Verfügung.

B-1.5 Fallzahlen Innere Medizin

| Fallzahlen | |
|--------------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 5146 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|---|
| 1 | I50 | 344 | Herzinsuffizienz |
| 2 | J18 | 247 | Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet |
| 3 | I10 | 189 | Essentielle (primäre) Hypertonie |
| 4 | J44 | 175 | Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit |
| 5 | A09 | 151 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs |
| 6 | E86 | 131 | Volumenmangel |
| 7 | I48 | 123 | Vorhofflimmern und Vorhofflattern |
| 8 | K29 | 123 | Gastritis und Duodenitis |
| 9 | F10 | 120 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol |
| 10 | K56 | 104 | Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie |
| 11 | R55 | 103 | Synkope und Kollaps |
| 12 | N39 | 101 | Sonstige Krankheiten des Harnsystems |
| 13 | K80 | 90 | Cholelithiasis |
| 14 | M79 | 88 | Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert |
| 15 | A41 | 87 | Sonstige Sepsis |
| 16 | I21 | 87 | Akuter Myokardinfarkt |
| 17 | K57 | 75 | Divertikulose des Darmes |
| 18 | N17 | 72 | Akutes Nierenversagen |
| 19 | R07 | 71 | Hals- und Brustschmerzen |
| 20 | J06 | 67 | Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege |

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 | 1-632 | 1417 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie |
| 2 | 1-440 | 838 | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas |
| 3 | 1-650 | 599 | Diagnostische Koloskopie |
| 4 | 8-800 | 384 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat |
| 5 | 9-984 | 379 | Pflegebedürftigkeit |
| 6 | 1-653 | 377 | Diagnostische Proktoskopie |
| 7 | 5-513 | 260 | Endoskopische Operationen an den Gallengängen |
| 8 | 1-444 | 233 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt |
| 9 | 5-452 | 231 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes |
| 10 | 8-831 | 205 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße |
| 11 | 5-469 | 192 | Andere Operationen am Darm |
| 12 | 3-056 | 188 | Endosonographie des Pankreas |
| 13 | 3-055 | 183 | Endosonographie der Gallenwege |
| 14 | 3-05a | 161 | Endosonographie des Retroperitonealraumes |
| 15 | 9-200 | 132 | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen |
| 16 | 3-052 | 116 | Transösophageale Echokardiographie [TEE] |
| 17 | 8-144 | 83 | Therapeutische Drainage der Pleurahöhle |
| 18 | 8-152 | 81 | Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax |
| 19 | 3-053 | 76 | Endosonographie des Magens |
| 20 | 3-051 | 69 | Endosonographie des Ösophagus |

B-1.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)**B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten****Zentrale Notfallaufnahme (ZNA)**

| | |
|--------------------|------------------------------|
| Ambulanzart | Notfallambulanz (24h) (AM08) |
|--------------------|------------------------------|

Privatsprechstunde Herr Dr. med. Grotjahn

| | |
|--------------------|-----------------------|
| Ambulanzart | Privatambulanz (AM07) |
|--------------------|-----------------------|

| Ermächtigungsambulanz Herr Dr. med. Grotjahn | |
|--|---|
| Ambulanzart | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) (AM04) |
| Kommentar | Endosonographie |

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Wir führen ambulante Koloskopien durch.

| Ran g | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|----------|---------|--------|--------------------------------|
| 1 | 1-650 | 266 | Diagnostische Koloskopie |

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

| Zulassung vorhanden | |
|---|------|
| Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden | Nein |
| Stationäre BG-Zulassung vorhanden | Nein |

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: 18,3

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 18,3 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 18,3 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 281,20219

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 5,01

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 5,01 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 5,01 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 1027,14571

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) |
|------|---|
| AQ23 | Innere Medizin |
| AQ26 | Innere Medizin und Gastroenterologie |
| AQ28 | Innere Medizin und Kardiologie |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung |
|------|----------------------|
| ZF07 | Diabetologie |
| ZF34 | Proktologie |

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: 29,72

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|--|
| Stationär | 29,72 | + 4,22 VK Endoskopie (inkl. Medizinische Fachangestellte) + 0,6 VK Medizinische Fachangestellte |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|--|
| Direkt | 29,72 | + 4,22 VK Endoskopie (inkl. Medizinische Fachangestellte) + 0,6 VK Medizinische Fachangestellte |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 173,14939

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,77

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1,77 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,77 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 2907,34463

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------|--|
| PQ05 | Leitung einer Station / eines Bereiches |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| PQ20 | Praxisanleitung |
| PQ01 | Bachelor |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr. | Zusatzqualifikation |
|------|--------------------------------|
| ZP04 | Endoskopie/Funktionsdiagnostik |

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-2 Allgemein- und Viszeralchirurgie

B-2.1 Allgemeine Angaben Allgemein- und Viszeralchirurgie

KLINIK FÜR ALLGEMEIN- UND VISZERALCHIRURGIE

Der Begriff „Viszeralchirurgie“ leitet sich aus dem lateinischen „Viszera“ ab

und bedeutet „die inneren Organe betreffend“. Die Viszeralchirurgie umfasst somit die operative Behandlung von Erkrankungen der Bauchorgane.

In unserer Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie werden Operationen des gesamten Verdauungstraktes einschließlich des Magens, des Darmes, der Bauchspeicheldrüse, der Leber, der Gallenblase und der Milz durchgeführt.

Besonderer Schwerpunkt ist neben der Behandlung gutartiger Darmerkrankungen, wie der Divertikelkrankheit, die operative Therapie bösartiger Erkrankungen, die sogenannte onkologische Chirurgie. In der interdisziplinären Tumorkonferenz erfolgt die Festlegung einer individuellen Therapie, die sich an den aktuellen Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften orientiert. An dieser Konferenz nehmen neben den behandelnden Chirurgen die Internisten, ein Radiologe, Pathologe, Urologen sowie ein Strahlentherapeut und ein Onkologe teil. Die Therapiefestlegung erfolgt in enger Abstimmung mit den niedergelassenen Haus- und Fachärzten.

Die Operationen werden in unserer Klinik mit modernsten Operationsmethoden, wie beispielsweise der minimal-invasiven Chirurgie (Knopflochchirurgie), durchgeführt. Minimal-invasiv wird neben Darmteilentfernungen auch die Entfernung der Gallenblase beim Steinleiden durchgeführt. Der Vorteil der minimal-invasiven Chirurgie liegt in kleinen, kaum sichtbaren Narben und einem rascheren Genesungsprozess.

Die Hernienchirurgie ist seit vielen Jahren in unserem Haus etabliert. Leisten- und Narbenbrüche können sowohl konventionell über einen Schnitt, als auch minimal-invasiv durchgeführt werden. Im Rahmen der Sprechstunde wird mit den Patienten das optimale individuelle Vorgehen festgelegt.

Ein weiteres Spezialgebiet unserer Klinik ist die chirurgische Behandlung gut- und bösartiger Schilddrüsenerkrankungen. Um eine gute Ergebnisqualität und somit auch hohe Patientensicherheit zu erzielen, finden auch hier modernste Methoden, wie das Neuromonitoring, Anwendung. Ferner werden diese Operationen mit einer Lupenbrille, sowie unter Einsatz einer Kopflampe durchgeführt. Die Behandlung von Patienten mit einer Schilddrüsenerkrankung erfolgt in enger Kooperation mit den niedergelassenen Nuklearmedizinern.

Neben den genannten Spezialgebieten führen wir regelmäßig proktologische Behandlungen durch. Diese umfassen u. a. die ambulante und stationäre Therapie bei Hämorrhoiden oder Operationen bei einem Vorfall des Enddarmes, dem sog. Rektumprolaps. Zur Versorgung von Hämorrhoiden oder Fisteln steht ein Laser zur Verfügung.

Im Rahmen der Notfallversorgung kümmert sich das Team der Allgemein- und Viszeralchirurgie an allen Tagen des Jahres „rund um die Uhr“ um akute Erkrankungen. Hierzu gehören beispielsweise Notfalleingriffe bei einer Blinddarmentzündung (minimal-invasiv durchgeführt), sowie Operationen bei einem Darmverschluss oder die Versorgung von Weichteilinfekten und Abszessen.

Etabliert ist das Konzept der beschleunigten Erholung nach größeren Baueingriffen (Fast Track = „schnelle Schiene“). Zentrale Bestandteile dieser Behandlung sind eine optimierte Schmerztherapie sowie schonende Operationsmethoden und ein zügiger Kostenaufbau. Die Fast-Track-Chirurgie setzen wir insbesondere bei Dickdarm-Eingriffen aber auch bei Magen- und Oberbaueingriffen ein. Dieses sehr erfolgreiche Konzept bedeutet für den Patienten geringere allgemeine Risiken, eine bessere und schnellere Erholung nach der Operation und führt nebenbei zu einer Verkürzung des stationären Aufenthaltes. Ein interdisziplinäres Schmerzmanagement erfolgt in enger Zusammenarbeit mit der Klinik für Anästhesiologie und

Intensivmedizin sowie mit der Abteilung für spezielle Schmerztherapie.

Zur Vermeidung von Krankenhausinfektionen werden Sicherheitsstandards nach der europäischen Richtlinie angewendet. In deren Rahmen wird schon vor der stationären Aufnahme ein Screening auf Problemkeime (multiresistente Keime) durchgeführt. Es erfolgt ein modernes Wundmanagement durch ein Team von pflegerischen und ärztlichen Wundspezialisten.

Besonders wichtig ist uns eine gute Beratung. In den Sprechstunden werden alle Ihre Fragen auf chirurgischem Fachgebiet von uns ausführlich beantwortet. Für eine gute Betreuung steht Ihnen unser pflegerisches und ärztliches Team engagiert und kompetent vertrauensvoll zur Seite.

Wir bieten Ihnen folgendes Leistungsspektrum an:

- Endokrine Chirurgie (Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsen)
- Onkologische Chirurgie des gesamten Verdauungstraktes einschließlich Leber- und Pankreaschirurgie sowie HIPEC (hypertherme intraperitoneale Chemotherapie)
- Minimal-invasive Chirurgie (Entfernung der Gallenblase oder des Blinddarmes, Dünn- und Dickdarmresektionen, Verschluss von Zwerchfellbrüchen)
- Brüche der Bauchwand (z. B. Leistenbrüche, Narbenbrüche), minimal-invasiv und konventionell
- Proktologische Chirurgie, inkl. Lasertherapie
- Ambulante Chirurgie wie z.B. Portimplantation

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| Fachabteilung | Allgemein- und Viszeralchirurgie |
| Fachabteilungsschlüssel | 1500 |
| Art | Hauptabteilung |

Ärztliche Leitung

Chefarzt/Chefärztin

| | |
|-----------------------------|---|
| Funktion | Chefärztin |
| Titel, Vorname, Name | Frau Dr. med. Andrea Beuleke |
| Telefon | 05139/801-3487 |
| Fax | 05139/801-5487 |
| E-Mail | andrea.beuleke@krh.eu |
| Straße/Nr | Fuhrbergerstr. 8 |
| PLZ/Ort | 30938 Burgwedel |
| Homepage | https://grossburgwedel.krh.de/kliniken-zentren/allgemein-und-viszeralchirurgie |

B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

| Angaben zu Zielvereinbarungen | |
|-----------------------------------|----|
| Zielvereinbarung gemäß DKG | Ja |

B-2.3 Medizinische Leistungsangebote Allgemein- und Viszeralchirurgie

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote Allgemein- und Viszeralchirurgie | Kommentar |
|------|---|-------------------------------|
| VC55 | Minimalinvasive laparoskopische Operationen | |
| VC22 | Magen-Darm-Chirurgie | |
| VC23 | Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie | |
| VC62 | Portimplantation | |
| VI00 | Prokto-/Rektoskopie | |
| VX00 | HIPAC (Hypertherme intraperitoneale Chemoperfusion) | |
| VC00 | Proktologie | |
| VC00 | Eingriffe an der Schilddrüse und Nebenschilddrüse | |
| VC00 | Hernienversorgung | |
| VC00 | "Fast Track" Chirurgie | |
| VO00 | Carcinom Chirurgie | |
| VC21 | Endokrine Chirurgie | |
| VC24 | Tumorchirurgie | |
| VC29 | Behandlung von Dekubitalgeschwüren | |
| VX00 | Laser | bei prokologischen Eingriffen |
| VD20 | Wundheilungsstörungen | |
| VU12 | Minimalinvasive endoskopische Operationen | |

B-2.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Allgemein- und Viszeralchirurgie

Die Aspekte der Barrierefreiheit des Hauses stehen auch der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie zur Verfügung.

B-2.5 Fallzahlen Allgemein- und Viszeralchirurgie

| Fallzahlen | |
|--------------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 1378 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|---|
| 1 | K40 | 167 | Hernia inguinalis |
| 2 | K80 | 153 | Cholelithiasis |
| 3 | K56 | 127 | Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie |
| 4 | K57 | 78 | Divertikulose des Darmes |
| 5 | K35 | 77 | Akute Appendizitis |
| 6 | E04 | 68 | Sonstige nichttoxische Struma |
| 7 | A09 | 38 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs |
| 8 | K43 | 38 | Hernia ventralis |
| 9 | A46 | 36 | Erysipel [Wundrose] |
| 10 | K42 | 31 | Hernia umbilicalis |
| 11 | C18 | 30 | Bösartige Neubildung des Kolons |
| 12 | K61 | 25 | Abszess in der Anal- und Rektalregion |
| 13 | L89 | 25 | Dekubitalgeschwür und Druckzone |
| 14 | I70 | 24 | Atherosklerose |
| 15 | K59 | 23 | Sonstige funktionelle Darmstörungen |
| 16 | R10 | 23 | Bauch- und Beckenschmerzen |
| 17 | L02 | 22 | Hautabszess, Furunkel und Karbunkel |
| 18 | K36 | 19 | Sonstige Appendizitis |
| 19 | K64 | 19 | Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose |
| 20 | K60 | 17 | Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion |

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 | 5-511 | 202 | Cholezystektomie |
| 2 | 5-530 | 164 | Verschluss einer Hernia inguinalis |
| 3 | 5-469 | 113 | Andere Operationen am Darm |
| 4 | 5-470 | 110 | Appendektomie |
| 5 | 5-541 | 91 | Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums |
| 6 | 5-069 | 90 | Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen |
| 7 | 5-063 | 58 | Thyreoidektomie |
| 8 | 5-455 | 57 | Partielle Resektion des Dickdarmes |
| 9 | 5-534 | 39 | Verschluss einer Hernia umbilicalis |
| 10 | 5-536 | 36 | Verschluss einer Narbenhernie |
| 11 | 5-484 | 30 | Rektumresektion unter Sphinktererhaltung |
| 12 | 5-490 | 30 | Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion |
| 13 | 5-454 | 29 | Resektion des Dünndarmes |
| 14 | 5-549 | 27 | Andere Bauchoperationen |
| 15 | 5-892 | 27 | Andere Inzision an Haut und Unterhaut |
| 16 | 6-002 | 24 | Applikation von Medikamenten, Liste 2 |
| 17 | 5-061 | 22 | Hemithyreoidektomie |
| 18 | 5-062 | 22 | Andere partielle Schilddrüsenresektion |
| 19 | 5-491 | 22 | Operative Behandlung von Analfisteln |
| 20 | 5-493 | 21 | Operative Behandlung von Hämorrhoiden |
| 21 | 5-985 | 19 | Lasertechnik |
| 22 | 5-407 | 18 | Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation |
| 23 | 5-467 | 18 | Andere Rekonstruktion des Darmes |
| 24 | 5-543 | 16 | Exzision und Destruktion von peritonealem Gewebe |
| 25 | 5-897 | 16 | Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis |
| 26 | 5-983 | 16 | Reoperation |
| 27 | 1-651 | 14 | Diagnostische Sigmoidoskopie |
| 28 | 1-694 | 14 | Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie) |
| 29 | 5-531 | 14 | Verschluss einer Hernia femoralis |
| 30 | 5-524 | 12 | Partielle Resektion des Pankreas |

B-2.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Zentrale Notfallaufnahme

| | |
|--------------------|------------------------------|
| Ambulanzart | Notfallambulanz (24h) (AM08) |
|--------------------|------------------------------|

Ermächtigungsambulanz Frau Dr. med. Beuleke

| | |
|--------------------|---|
| Ambulanzart | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) (AM04) |
| Kommentar | Einmalige Untersuchung unter Berücksichtigung der Vorbefunde zur Indikationsstellung bei Patienten mit endokrinen, onkologischen, proktologischen oder allgemeinchirurgischen Erkrankungen. Einmalige Nachuntersuchung von im Klinikum Großburgwedel operierten Patienten. |

Ermächtigungsambulanz Herr Dr. med. Lampe

| | |
|--------------------|---|
| Ambulanzart | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) (AM04) |
| Kommentar | Einmalige Untersuchung unter Berücksichtigung der Vorbefunde zur Indikationsstellung bei Patienten mit endokrinen, onkologischen, proktologischen oder allgemeinchirurgischen Erkrankungen. Einmalige Nachuntersuchung von im Klinikum Großburgwedel operierten Patienten. |

Privatsprechstunde Frau Dr. med. Beuleke

| | |
|--------------------|-----------------------|
| Ambulanzart | Privatambulanz (AM07) |
|--------------------|-----------------------|

Institutsambulanz

| | |
|--------------------|--|
| Ambulanzart | Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V (AM06) |
| Kommentar | Portanlage |

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|---|
| 1 | 5-399 | 64 | Andere Operationen an Blutgefäßen |
| 2 | 5-534 | 5 | Verschluss einer Hernia umbilicalis |
| 3 | 5-401 | 4 | Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße |
| 4 | 1-502 | <= 5 | Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision |

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

| Zulassung vorhanden | |
|--|------|
| Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden | Nein |
| Stationäre BG-Zulassung vorhanden | Nein |

B-2.11 Personelle Ausstattung

B-2.11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 8,07

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 8,07 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 8,07 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 170,75589

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 3,6

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 3,6 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 3,6 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 382,77778

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung |
|------|-----------------------------|
| ZF49 | Spezielle Viszeralchirurgie |

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: 9,04

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 9,04 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 9,04 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 152,43363

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------|--|
| PQ05 | Leitung einer Station / eines Bereiches |
| PQ20 | Praxisanleitung |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-2.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-3 Orthopädie und Unfallchirurgie

B-3.1 Allgemeine Angaben Orthopädie und Unfallchirurgie

Versorgungsschwerpunkte der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie

Neben sämtlichen Akutversorgungen im Rahmen der Grund- und Regelversorgung sowie der Endoprothetik der großen Gelenke richten sich operative Schwerpunkte auf die arthroskopischen Gelenkoperationen des Kniegelenkes, der Schulter- und des Sprunggelenkes. Bei der sporttraumatologischen Versorgung dominieren arthroskopisch gestützte Operationsverfahren, wie z. B. der Ersatz des vorderen Kreuzbandes am Kniegelenk und die Rekonstruktion der Schulter bei Muskel- und Sehndefekten, sowie die Versorgung von Instabilitäten.

Durch die Verwendung von neuen innovativen Behandlungskonzepten und einer hohen Spezialisierung auf dem Gebiet der Kniegelenkchirurgie besteht eine bestmögliche Versorgung degenerativer Erkrankungen des Kniegelenkes.

Vorhandene Knorpeldefekte werden, z. B. durch eine im eigenen Körper induzierte Knorpelregeneration therapiert. Als besonderes Verfahren haben wir die autologe Matrix – induzierte Chondrogenese (AMIC) seit 2007 durch. Zusätzlich werden auch Knorpel-/ Knochentransplantationen am Kniegelenk (Mosaikplastik/ OATS) vorgenommen, in geeigneten Fällen werden umschriebenen Knorpeldefekte mit gezüchteten eigene Knorpelzellen (ACT) behandelt.

In Einzelfällen kann ein zerstörter Meniskus durch ein besonderes Verfahren mit einem Spezialkunststoff (Meniskusersatz mit CMI) ersetzt werden. Zum Spektrum der Klinik gehören weiterhin die Versorgung von Unfallverletzungen mit modernen und zeitgemäßen Operationsverfahren und Materialien. Frakturen der oberen und unteren Extremitäten werden durch Marknagelung, winkelstabile Plattenosteosynthesen oder besondere Implantate versorgt.

Als besonderer Behandlungsschwerpunkt der Abteilung ist die Therapie von Verschleißerkrankungen der Gelenke (Arthrose) durch den endoprothetischen Ersatz von Hüft- Knie- und Schultergelenken etabliert. Als erste Fachabteilung im KRR hat sich die Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie in Großburgwedel bereits 2014 als Endoprothetikzentrum zertifizieren können. Mit Verleihung des Zertifikates nach einer mehrtägigen Überprüfung durch unabhängige Fachexperten werden höchste Qualitäts- und Sicherheitsstandards festgestellt. Beim Einsatz von Kunstgelenken finden modernste endoprothetische Operationstechniken, (zementierte und unzementierte Endoprothesen, Einsatz von hypoallergenen Materialien (Titan) und besondere Spezialprothesen im Falle eines Prothesenwechsels) ihren Einsatz. Im Rahmen der prothetischen Behandlung des Kniegelenkverschleißes erfolgt in Abhängigkeit vom Befund ein differenziertes Vorgehen. Es werden sowohl Schlittenprothesen (nur der innere oder äußere Kniegelenksanteil werden ersetzt) als auch besondere Prothesen des Kniescheibenlagers eingesetzt. Bei fortgeschrittenem Verschleiß des Kniegelenkes werden Prothesen mit besonders hoher Beweglichkeit implantiert (Sportlerknie), es stehen darüber hinaus auch besondere Spezialprothesen (so genannte gekoppelte und teilgekoppelte Prothesen, Rotationsprothesen) zur Verfügung.

Eine unserer Errungenschaften ist der roboterunterstützte Teiloberflächenersatz des Kniegelenkes– Das Roboterarmassistierte Chirurgiesystem MAKO (früher auch Makoplasty® genannt).

Dieses robotische System stellt die zurzeit fortschrittlichste Technik zur Implantation von Endoprothesen dar.

Das Verfahren wurde in den USA entwickelt, dort sind ca. 260 dieser Systeme im Einsatz, mit denen inzwischen über 65000 Endoprothesen implantiert wurden. In Europa stehen Systeme in

der Türkei, in Italien und in Großbritannien, in Deutschland können bisher 8 Kliniken diese neue Technologie nutzen. In Großburgwedel wurde 2014 das zweite System in Deutschland installiert, wir haben daher mittlerweile eine große Expertise auf diesem Gebiet. Bei dem Verfahren handelt es sich um eine interaktive Roboterarmtechnologie, die dem Operateur Eingriffe mit bisher unerreichter Präzision ermöglicht. Vor der OP erfolgt eine CT-Untersuchung, auf deren Grundlage eine OP-Planung erfolgt.

Hierbei wird eine an die individuelle Anatomie des Patienten angepasste Positionierung der Implantate mit einer Genauigkeit von 1 mm erreicht. Im OP werden die bisher erhobenen und geplanten Daten mit der Knochenkontur des Patienten durch speziellen Erfassungstechniken verglichen. Anschließend erfolgt eine Bewegungsprüfung, die die Bandführung und damit Stabilität und Achsenausrichtung des Kniegelenkes über den gesamten Bewegungsbereich erfasst. Die Planung kann darauf nun nochmals individuell feinabgestimmt werden. Nun erst erfolgt das präzise und knochensparende Fräsen zur passgenauen Aufnahme der Implantate in der geplanten Positionierung mit einem vom Operateur geführten Roboter-Fräsarml. Dieser Roboter-Fräsarml unterstützt interaktiv den Operateur, in dem er eine Abweichung von der OP-Planung verhindert: neben dem Blick auf das OP-Gebiet und einer visuellen Kontrolle in Echtzeit an einem dreidimensionalen Kniemodell auf dem Monitor begrenzt der Roboterarm das Fräsen ausschließlich auf den geplanten Bereich selbst und schaltet sich bei einer Abweichung von der OP-Planung ab. Das Lager für die Prothese wird damit so präzise gefräst, dass zwischen der eingesetzten Prothese und dem umgebenden Knorpel keinerlei Stufe verbleibt. In erster Linie kommen für dieses innovative Verfahren Patienten einem isolierten Verschleiß des innen-oder außenseitigen Kniegelenkanteiles in Frage. Darüber hinaus kann in den seltenen Fällen eines alleinigen Knorpelschadens hinter der Kniescheibe auch eine besondere Prothese in der oben beschriebenen Technik implantiert werden. Beide Verfahren können auch miteinander kombiniert werden.

Die intraoperative Umsetzung einer zuvor präzise geplanten, individuellen Implantatpositionierung ist bisher mit keiner anderen Technik möglich. Die Patientensicherheit erfährt darüber hinaus eine deutliche Steigerung.

Seit 2019 können wir diese moderne Robotertechnik auch für den Ersatz des kompletten Kniegelenkes sowie für die Pfannenpositionierung am Hüftgelenk anbieten.

Erste, bisher nur über einen kurzen Zeitraum durchgeführte Studien, zeigen die Makoplasty in den ersten vier Jahren nach Operation anderen Verfahren zum Teilloberflächenersatz bezüglich der Notwendigkeit einer erneuten Operation deutlich überlegen.

Im Bereich der Vorfußchirurgie werden Fehlstellungen im Bereich der Zehen mit modernen Verfahren und Achskorrekturen operativ versorgt.

Bei der Behandlung von Wirbelkörperfrakturen können Patienten mit entsprechender traumatischer Verletzung durch eine innere Fixierung (dorsale Instrumentierung) und bei osteoporotisch bedingten Frakturen durch eine Ballonkyphoplastie (Wirbelkörperaufrichtung und Einbringen eines Knochenzementes zur Stabilisierung) versorgt werden.

Daneben entsprechen die weiteren Schwerpunkte der Klinik dem Anforderungsprofil an unser Krankenhaus:

Als Grund- und Regelversorger werden wir selbstverständlich alle Unfallpatienten hier nach den Regeln der modernsten Medizin behandeln. Dies umfasst auch die nicht operativen Behandlungen von Patienten durch Überwachung, krankengymnastische Mobilisation, adäquate Behandlungskonzepte zur Schmerztherapie und Physiotherapie.

Weiterhin bieten wir durch Schwerpunktsprechstunden im Rahmen der Sporttraumatologie und Sportmedizin eine umfangreiche Betreuung von Leistungssportlern an.

Unterstützend kommen auch konservative Behandlungsregime der manuellen Medizin (Chirotherapie) zum Einsatz.

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|--------------------------------|
| Fachabteilung | Orthopädie und Unfallchirurgie |
| Fachabteilungsschlüssel | 1600 |
| Art | Hauptabteilung |

Ärztliche Leitung

| Chefarzt/Chefärztin | |
|-----------------------------|---|
| Funktion | Chefarzt |
| Titel, Vorname, Name | Herr Dr. med. Achim Elsen |
| Telefon | 05139/801-3272 |
| Fax | 05139/801-5375 |
| E-Mail | achim.elsen@krh.eu |
| Straße/Nr | Fuhrbergerstr. 8 |
| PLZ/Ort | 30938 Burgwedel |
| Homepage | http://www.krh.eu/klinikum/GBW/zentren/prokarzen/Seiten/Studien.aspx |

B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

| Angaben zu Zielvereinbarungen | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Zielvereinbarung gemäß DKG | Ja |
| Kommentar | Keine Zielvereinbarung abgeschlossen. |

B-3.3 Medizinische Leistungsangebote Orthopädie und Unfallchirurgie

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote Orthopädie und Unfallchirurgie |
|------|---|
| VC66 | Arthroskopische Operationen |
| VC65 | Wirbelsäulenchirurgie |
| VC26 | Metall-/Fremdkörperentfernungen |
| VC27 | Bandrekonstruktionen/Plastiken |
| VC28 | Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik |
| VC30 | Septische Knochenchirurgie |
| VC31 | Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen |
| VC36 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes |
| VC37 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes |
| VC38 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand |
| VC39 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels |
| VC40 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels |
| VC41 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes |
| VC42 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen |
| VO15 | Fußchirurgie |
| VO16 | Handchirurgie |
| VO19 | Schulterchirurgie |
| VO20 | Sportmedizin/Sporttraumatologie |
| VO14 | Endoprothetik |
| VO21 | Traumatologie |
| VC32 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes |
| VC33 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses |
| VC34 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax |
| VC35 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens |

B-3.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Orthopädie und Unfallchirurgie

Die Aspekte der Barrierefreiheit des Hauses stehen auch der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie zur Verfügung.

B-3.5 Fallzahlen Orthopädie und Unfallchirurgie

| Fallzahlen | |
|--------------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 1483 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-3.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|---|
| 1 | S72 | 190 | Fraktur des Femurs |
| 2 | M17 | 151 | Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes] |
| 3 | S06 | 141 | Intrakranielle Verletzung |
| 4 | S52 | 116 | Fraktur des Unterarmes |
| 5 | S82 | 111 | Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes |
| 6 | S42 | 88 | Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes |
| 7 | M23 | 82 | Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement] |
| 8 | S32 | 54 | Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens |
| 9 | M16 | 51 | Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes] |
| 10 | S22 | 49 | Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule |
| 11 | T84 | 46 | Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate |
| 12 | M75 | 34 | Schulterläsionen |
| 13 | S83 | 32 | Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes |
| 14 | M54 | 26 | Rückenschmerzen |
| 15 | S70 | 26 | Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels |
| 16 | S92 | 20 | Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk] |
| 17 | M70 | 17 | Krankheiten des Weichteilgewebes im Zusammenhang mit Beanspruchung, Überbeanspruchung und Druck |
| 18 | S86 | 17 | Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels |
| 19 | S80 | 16 | Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels |
| 20 | M25 | 13 | Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert |

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 | 5-794 | 216 | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens |
| 2 | 5-931 | 157 | Art des verwendeten Knorpelersatz-, Knochenersatz- und Osteosynthesematerials |
| 3 | 5-812 | 150 | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken |
| 4 | 5-822 | 148 | Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk |
| 5 | 5-793 | 139 | Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens |
| 6 | 5-820 | 124 | Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk |
| 7 | 5-790 | 104 | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese |
| 8 | 5-787 | 89 | Entfernung von Osteosynthesematerial |
| 9 | 5-800 | 80 | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes |
| 10 | 5-916 | 74 | Temporäre Weichteildeckung |
| 11 | 3-990 | 72 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung |
| 12 | 9-984 | 58 | Pflegebedürftigkeit |
| 13 | 5-850 | 48 | Inzision an Muskel, Sehne und Faszie |
| 14 | 5-784 | 46 | Knochen transplantation und -transposition |
| 15 | 9-200 | 45 | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen |

B-3.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Privatsprechstunde Herr Dr. med. Elsen

| | |
|--------------------|-----------------------|
| Ambulanzart | Privatambulanz (AM07) |
|--------------------|-----------------------|

Ermächtigungsambulanz Herr Dr. med. Elsen

| | |
|--------------------|---|
| Ambulanzart | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) (AM04) |
| Kommentar | Untersuchung, Beratung |

Ermächtigungsambulanz Herr Helms

| | |
|--------------------|---|
| Ambulanzart | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) (AM04) |
| Kommentar | Untersuchung, Beratung |

Ermächtigungsambulanz Herr Dr. Seifert

| | |
|--------------------|---|
| Ambulanzart | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) (AM04) |
| Kommentar | Untersuchung, Beratung |

Ermächtigungsambulanz Herr Frömel

| | |
|--------------------|---|
| Ambulanzart | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) (AM04) |
| Kommentar | Untersuchung, Beratung |

Zentrale Notfallaufnahme (ZNA)

| | |
|--------------------|------------------------------|
| Ambulanzart | Notfallambulanz (24h) (AM08) |
|--------------------|------------------------------|

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| Ran g | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|----------|---------|--------|--|
| 1 | 5-812 | 108 | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken |
| 2 | 5-787 | 63 | Entfernung von Osteosynthesematerial |
| 3 | 5-811 | 17 | Arthroskopische Operation an der Synovialis |

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

| Zulassung vorhanden | |
|---|----|
| Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden | Ja |
| Stationäre BG-Zulassung vorhanden | Ja |

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: 8,52

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 8,52 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 8,52 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 174,06103

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 4,51

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 4,51 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 4,51 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 328,82483

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) |
|------|---|
| AQ10 | Orthopädie und Unfallchirurgie |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung |
|------|--------------------------------|
| ZF43 | Spezielle Unfallchirurgie |
| ZF24 | Manuelle Medizin/Chirotherapie |

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: 13,21

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 13,21 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 13,21 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 112,26344

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------|--|
| PQ05 | Leitung einer Station / eines Bereiches |
| PQ20 | Praxisanleitung |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-3.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-4

Urologie

B-4.1

Allgemeine Angaben Urologie

In der urologischen Klinik wurde das Prostatakarzinomzentrum erstmals im März 2011 nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert. Im Jahr 2018 wurde das QM- System die Urologische Klinik nach DIN EN ISO 9011:2008 zertifiziert. In 2018 erfolgte die Umstellung auf DIN EN ISO 9011:2015.

In der urologischen Klinik werden stationäre und ambulante Patienten behandelt. Die urologische Klinik hat eine Station mit insgesamt 43 Betten. Die Räume der urologischen Ambulanz und die der endourologischen OP-Säle sind mit umfangreicher Ausstattung, die allen Anforderungen einer modernen urologischen Diagnostik und Therapie entsprechen. In allen Eingriffsräumen besteht die Möglichkeit der Videoendoskopie

Zur Erkennung bösartiger Harnblasentumoren besteht die Möglichkeit der photodynamischen Diagnostik (PDD). Für die Behandlung urologischer Erkrankungen stehen außerdem 3 verschiedene Lasersysteme zur Verfügung. Die Eingriffe unter radiologischer Kontrolle erfolgen an einem digitalen Röntgenarbeitstisch. Für die Ultraschalldiagnostik ist die Abteilung mit drei modernen Sonographiegeräten ausgestattet, die über farbkodierter Duplexsonographie und transrektalem Schallköpfe verfügen. Die Diagnostik des Prostatakarzinoms wird durch die Verwendung der Scherwellen-Elastographie und die MRT-Sono-Fusions-Biopsie der Prostata verbessert.

Die Diagnostik von Harnblasenfunktionsstörungen wird mit einem ein urodynamischen Messplatz durchgeführt, der auch die Möglichkeit zur Videourodynamik bietet. Die urologische Klinik nutzt für die offen-operativen und die laparoskopischen (minimalinvasiven) Eingriffe die Räume des Zentral-OPs. Eine eventuell notwendige weitergehende Behandlung von nicht-urologischen Erkrankungen erfolgt konsiliarisch durch die anderen Fachabteilungen des Hauses. Zusätzlich stehen eine physiotherapeutische Abteilung und der Sozialdienst zur Verfügung.

BEHANDLUNGSSCHWERPUNKTE

Bösartige Tumore

Alle Patienten mit einer bösartigen Tumorerkrankung werden in einer Tumorkonferenz besprochen und es wird eine Empfehlung durch dieses Expertengremium aus unterschiedlichen Fachbereichen ausgesprochen.

Harnblasentumore können zumeist mit einem endoskopischen Eingriff durch die Harnröhre (transurethrale Resektion, TUR) abgetragen werden.

Bei bestimmten Tumorarten kann ein spezielles diagnostisches Verfahren (photodynamische Diagnostik) helfen, sonst unsichtbare Tumore aufzudecken.

Lässt sich ein Blasenkrebs nicht lokal behandeln, kann die Entfernung der gesamten Harnblase notwendig werden. In diesem Fall werden alle gängigen Formen der kontinenten und nichtkontinenten Harnableitung (Neoblase, Pouch, Conduit) durchgeführt.

Bei einem lokal begrenzten Prostatakarzinom bieten wir die Radikaloperation der Prostata an. Diese kann, je nach Tumorstadium, zum besseren Erhalt der Kontinenz und Potenz führen. Für

alternative Behandlungsformen, wie externe Bestrahlung oder Brachytherapie, führen wir die Therapievorbereitungen durch und veranlassen auf Wunsch die Weiterbehandlung durch kompetente Kooperationspartner. In ausgewählten Fällen kann eine fokale Therapie unter Belassung der Prostata durch die Verwendung von hochfokussiertem Ultraschall durchgeführt werden. Das Verfahren ist sehr schonend und birgt im Vergleich zu den anderen Behandlungsoptionen kaum die Gefahr der Harninkontinenz. Kleinere Nierentumore werden heutzutage überwiegend unter Erhalt der Niere operiert. Diese Operation bieten wir sowohl offen operativ als auch in der sogenannten „Schlüssellochtechnik“ an, dies gilt auch für die eventuell notwendige Entfernung der gesamten Niere. Weitere typische urologische Tumore, die einer operativen Behandlung bedürfen, sind der Hodenkrebs und das Peniskarzinom. Bei Tumorerkrankungen kann eine Chemotherapie notwendig werden, die wir stationär einleiten. Bei fortgeschrittenen Tumorstadien erfolgt in Zusammenarbeit mit der schmerztherapeutischen Abteilung eine palliativmedizinische Versorgung.

Gutartige Vergrößerung der Prostata

Eine gutartige Prostatavergrößerung (BPH) wird bei entsprechenden Beschwerden zunächst konservativ medikamentös behandelt. Bei anhaltenden Beschwerden kann eine operative Entfernung des Drüsengewebes sinnvoll sein. Der „Goldstandard“ ist hier die sogenannte „Hobelson-Resektion der Prostata“ (transurethrale Resektion, TUR), alternativ kann in besonderen Fällen eine Laserbehandlung (Greenlightlaser) durchgeführt werden. Wenn die Prostata sehr groß ist, muss ggf. eine Entfernung über einen Unterbauchschnitt erfolgen.

Steinerkrankungen

Geeignete Nierensteine können ohne Endoskopie mit einer Stoßwellentherapie (ESWL) behandelt werden. Die Therapie größerer Steine erfolgt über die flexible Harnleiter- und Nierenspiegelung über die Harnröhre (Ureterorenoskopie, URS), ggf. mit Laserbehandlung. Sehr große Steine lassen sich mit einer Nierenspiegelung über die Haut entfernen (perkutane Nephrolithotomie, PCNL). Harnleiter- und Harnblasensteine werden ebenfalls zumeist endoskopisch über die Harnröhre operiert.

Inkontinenztherapie

Vor der Therapie einer Harninkontinenz ist eine genaue Diagnosestellung wichtig. Im Rahmen einer ambulanten Vorstellung in der Kontinenzsprechstunde werden die notwendigen Untersuchungen (z. B. Urodynamik) durchgeführt. Im Rahmen des Kontinenzzentrums Großburgwedel/Lehrte arbeiten verschiedene Fachexperten aus unterschiedlichen Fachdisziplinen (Urologie, Gynäkologie, Chirurgie) zusammen. Die betroffenen Patienten profitieren durch diese Zusammenarbeit. Es finden regelmäßige gemeinsame Konferenzen statt, in denen besondere Fälle besprochen werden. Wenn eine medikamentöse oder krankengymnastische Behandlung nicht ausreichend ist, führen wir bei Männern und Frauen Bandoperationen (TVT, TOT, Atoms-Band), Unterfütterung des Schließmuskels oder Botox-Therapien der Harnblase durch. Bei besonders ausgeprägter Belastungsinkontinenz besteht die Möglichkeit, einen künstlichen Schließmuskel zu erhalten. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, in besonderen Fällen einen Blasenschrittmacher einzusetzen.

Ambulante Operationen

Viele Eingriffe müssen nicht mehr stationär durchgeführt werden. Die häufigsten ambulanten Operationen sind Neueinlage, Wechsel von Harnleiterschienen, Vorhautumschneidungen, Anlage von Dauerkathetern durch die Bauchdecke, Schlitzung einer Harnröhrenenge, die

Behandlung einer Varikozele (Krampfader des Hodens) oder die freiwillige Sterilisation des Mannes

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

Ärztliche Leitung

| Chefarzt/Chefärztin | |
|----------------------|---|
| Funktion | Chefarzt |
| Titel, Vorname, Name | Herr Dr. med. Joachim Stein |
| Telefon | 05139/801-3302 |
| Fax | 05139/801-5377 |
| E-Mail | joachim.stein@krh.eu |
| Straße/Nr | Fuhrberger Str. 8 |
| PLZ/Ort | 30938 Burgwedel |
| Homepage | https://grossburgwedel.krh.de/kliniken-zentren/urologie |

B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

| Angaben zu Zielvereinbarungen | |
|-------------------------------|----|
| Zielvereinbarung gemäß DKG | Ja |

B-4.3

Medizinische Leistungsangebote Urologie

| 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 | <ul style="list-style-type: none"> - Verödung von Krampfadern im Hodensack - Behandlung von Flüssigkeitsansammlung am Nebenhoden - Hodentumorchirurgie |
| VU07 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems | |
| VU10 | Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase | |
| VU11 | Minimalinvasive laparoskopische Operationen | |
| VU12 | Minimalinvasive endoskopische Operationen | |
| VU13 | Tumorchirurgie | |
| VU14 | Spezialsprechstunde | |
| VU17 | Prostatazentrum | |
| VU18 | Schmerztherapie | im Rahmen der postoperativen Akutschmerzbehandlung |
| VU19 | Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik | <ul style="list-style-type: none"> - Inkontinenzdiagnostik mit urodynamischem Messplatz und endoskopischer Diagnostik, Ultraschall Diagnostik, Doppler- und Duplexsonographie - Diagnostik und Therapie der erektilen Dysfunktion (Potenzprobleme) |
| VG16 | Urogynäkologie | |
| VU00 | Transurethrale endoskopische Operationen (Operationen durch die Harnröhre und Harnleiter) | |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote Urologie | Kommentar |
|------|--|-----------|
| VU00 | Inkontinenzoperationen (Operationen zur Beseitigung unwillkürlichen Harnverlustes) | |
| VU00 | Resektion von gutartigen Prostatavergrößerungen | |
| VU00 | 3d-HD-Laparaskopie | |
| VU00 | Fokale Therapie (HIFU) | |
| VU00 | MRT/Sonofusionsbiopsie | |

B-4.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Urologie

Die Aspekte der Barrierefreiheit des Hauses stehen auch der Urologischen Klinik zur Verfügung.

B-4.5 Fallzahlen Urologie

| Fallzahlen | |
|--------------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 2238 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-4.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|---|
| 1 | N13 | 440 | Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie |
| 2 | N20 | 226 | Nieren- und Ureterstein |
| 3 | C67 | 208 | Bösartige Neubildung der Harnblase |
| 4 | C61 | 170 | Bösartige Neubildung der Prostata |
| 5 | N39 | 161 | Sonstige Krankheiten des Harnsystems |
| 6 | N40 | 135 | Prostatahyperplasie |
| 7 | N30 | 98 | Zystitis |
| 8 | N17 | 49 | Akutes Nierenversagen |
| 9 | C64 | 44 | Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken |
| 10 | N43 | 34 | Hydrozele und Spermatozele |
| 11 | N45 | 32 | Orchitis und Epididymitis |
| 12 | N41 | 27 | Entzündliche Krankheiten der Prostata |
| 13 | N99 | 25 | Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert |
| 14 | R33 | 23 | Harnverhaltung |
| 15 | C62 | 21 | Bösartige Neubildung des Hodens |
| 16 | N48 | 19 | Sonstige Krankheiten des Penis |
| 17 | N10 | 16 | Akute tubulointerstitielle Nephritis |
| 18 | C65 | 15 | Bösartige Neubildung des Nierenbeckens |
| 19 | D41 | 15 | Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der Harnorgane |
| 20 | N44 | 14 | Hodentorsion und Hydatidentorsion |

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 | 8-137 | 1066 | Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter] |
| 2 | 3-13d | 710 | Urographie |
| 3 | 8-132 | 532 | Manipulationen an der Harnblase |
| 4 | 5-572 | 255 | Zystostomie |
| 5 | 5-573 | 250 | Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase |
| 6 | 1-661 | 231 | Diagnostische Urethrozystoskopie |
| 7 | 5-601 | 213 | Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe |
| 8 | 8-133 | 206 | Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters |
| 9 | 5-562 | 177 | Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung |
| 10 | 5-550 | 164 | Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung |
| 11 | 5-985 | 122 | Lasertechnik |
| 12 | 9-984 | 122 | Pflegebedürftigkeit |
| 13 | 3-13f | 116 | Zystographie |
| 14 | 5-570 | 103 | Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase |
| 15 | 5-916 | 95 | Temporäre Weichteildeckung |
| 16 | 8-541 | 82 | Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren |
| 17 | 5-579 | 79 | Andere Operationen an der Harnblase |
| 18 | 3-05c | 59 | Endosonographie der männlichen Geschlechtsorgane |
| 19 | 8-138 | 58 | Wechsel und Entfernung eines Nephrostomiekatheters |
| 20 | 1-665 | 52 | Diagnostische Ureterorenoskopie |
| 21 | 5-581 | 51 | Plastische Meatotomie der Urethra |
| 22 | 5-98b | 51 | Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops |
| 23 | 6-003 | 47 | Applikation von Medikamenten, Liste 3 |
| 24 | 5-604 | 43 | Radikale Prostatovesikulektomie |
| 25 | 1-465 | 40 | Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren |
| 26 | 5-640 | 40 | Operationen am Präputium |
| 27 | 5-553 | 37 | Partielle Resektion der Niere |

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|---|
| 28 | 3-13g | 35 | Urethrographie |
| 29 | 8-110 | 33 | Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie [ESWL] von Steinen in den Harnorganen |
| 30 | 1-464 | 30 | Transrektale Biopsie an männlichen Geschlechtsorganen |

B-4.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Zentrale Notfallaufnahme (ZNA)

| | |
|--------------------|------------------------------|
| Ambulanzart | Notfallambulanz (24h) (AM08) |
|--------------------|------------------------------|

Privatsprechstunde Herr Dr. med. Stein

| | |
|--------------------|-----------------------|
| Ambulanzart | Privatambulanz (AM07) |
|--------------------|-----------------------|

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|---|
| 1 | 8-137 | 210 | Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter] |
| 2 | 5-640 | 79 | Operationen am Präputium |
| 3 | 1-661 | 31 | Diagnostische Urethrozystoskopie |

B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

| | |
|---|------|
| Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden | Nein |
|---|------|

| | |
|--|------|
| Stationäre BG-Zulassung vorhanden | Nein |
|--|------|

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: 11,09

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 11,09 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 11,09 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 201,80343

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 7,66

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 7,66 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 7,66 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 292,1671

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung |
|------|--------------------------------|
| ZF04 | Andrologie |
| ZF25 | Medikamentöse Tumorthherapie |
| ZF01 | Ärztliches Qualitätsmanagement |

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: 13,71

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|--|
| Stationär | 13,71 | + 4,4 VK Urologischer Funktionsdienst DA03 |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|--|
| Direkt | 13,71 | + 4,4 VK Urologischer Funktionsdienst DA03 |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 163,23851

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------|--|
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| PQ20 | Praxisanleitung |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr. | Zusatzqualifikation |
|------|------------------------|
| ZP03 | Diabetesberatung (DDG) |
| ZP15 | Stomamanagement |
| ZP16 | Wundmanagement |

B-4.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-5 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-5.1 Allgemeine Angaben Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Die Abteilung für Gynäkologie ist ein Bestandteil des kooperativen Brustzentrums Klinikum Region Hannover, welches entsprechend den Anforderungen der Auditcheckliste für Brustzentren der Deutschen Krebsgesellschaft und deutschen Gesellschaft für Senologie (FAB) und nach der international gültigen Norm ISO 9001:2015 zertifiziert ist.

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe:

Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse für Frauen und Männern

Es werden brusterhaltende und ablative Operationen durchgeführt. Stanzbiopsien, präoperative Nadelmarkierungen bei Mikrokalk, Sentinellymphnode (SLN= Wächterlymphknoten- OP), Skin Sparring Mastektomie (SSM), Brustrekonstruktionen (TRAM- Flap, Latissimus dorsi Schwenklappen), Vorstellung aller Karzinom- Patienten im Tumorboard (Tumorkonferenz) des Klinikums Region Hannover und Planung der Anschlusstherapien, Reduktionsplastiken der Brust, Augmentationen, Korrektur von Brustanomalien auch bei gutartigen Veränderungen.

Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse

Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse

Kosmetische/plastische Mammachirurgie

Endoskopische Operationen (Laparoskopie, Hysteroskopie): Sämtliche minimalinvasiven laparoskopischen Operationen z.B. Cysten, Endometriose, Eileitererkrankungen, Verwachsungen, Eileiterschwangerschaften, Sterilitätsabklärung, Sterilisationen, Myomentfernungen und laparoskopische Gebärmutterentfernungen zählen zum Leistungsspektrum.

Gynäkologische minimal invasive Chirurgie

Inkontinenzchirurgie

Laparoskopische Kolpopexie

Laparoskopische Pectopexie

Lateral repair

Burch

Beckenboden-Rekonstruktionen: Plastiken, Netzeinlagen, sakrospinale Fixationen, TVT, TOT, Bruchdeckenplastiken

Inkontinenzsprechstunde

Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren (Zervix-, Corpus-, Ovarial-, Vulva-Vaginalkarzinom)

Versorgung aller gynäkologischen Karzinome (der Vulva, der Vagina, des Gebärmutterhalses, der Gebärmutter, der Eierstöcke, des Bauchfells) statt. Eingriffe: Laparoskopisch assistierte Wertheim-Meigs-Operationen, Exenterationen etc., Vaginalkorrekturen, Hymenalrekonstruktionen.

Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes

Geburtshilfliche Operationen

Alle klassischen gynäkologischen Operationen: zum Beispiel: Konisation, vaginale, und

laparoskopisch assistierte Gebärmutterentfernung (TLH), Laparoskopische supracervikale Hysterektomie (LASH), Entfernung von gutartigen Eierstocktumoren, Operation von Eierstockabszessen, ausgedehnte Verwachsungslösungen
 Diagnostik und Therapie von nicht entzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
 Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane

Ambulante Operationen nach § 115 b SGBV:

- laparoskopische Operationen (Spektrum s.o.) in geeigneten Fällen; Hysteroskopische Operationen: Entfernung von Polypen, Myomen, diagnostisch-therapeutische Gebärmutter-Ausschabungen, Abort-Cürettagen; Abszess-Operationen und Gewebeentnahmen vom äußeren Genitale und der Vagina; Operationen gutartiger Mamma-Befunde und von Mamma-Abszessen

Vorgeburtliche Angebote:

- Informationsabende für werdende Eltern mit Führung durch die Frauenklinik; Hebammensprechstunde/Akupunktursprechstunde; Schwangerenambulanz zur Geburtsanmeldung

Geburtshilfe-Angebote im Kreißaal:

- familienorientierte Geburtshilfe mit allen modernen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten; (CTG, MBU, Fetometrie, Dopplersonographie); Gebärhocker; Väter im OP bei Kaiserschnitten; Einsatz von Homöopathie/Akupunktur/Aromabädern, Lachgas zur Schmerzbehandlung im Kreißaal einschließlich PDA
- äußere Wendung
- vaginale Entbindung bei BEL

Neugeborene:

- Stilltraining, Laktationsberatung, Anleitung zur Neugeborenen-Pflege; Fototherapie bei Neugeborenen-Gelbsucht im flexiblen Kinderbett auf Station; Hörscreening, Hüftsonographie des Neugeborenen; Sonographie der Bauchorgane, des Herzens, des Kopfes bei Neugeborenen; Monitor- und Inkubator-Überwachung bei kleinen und anpassungsgestörten Kindern; Kinderarzt an 6 Tagen in der Woche

Wochenbett:

- 24-Std. Rooming-in auf Wunsch; Frühstücks- und Abendbrotbuffet; Familienzimmer; Rückbildungsgymnastik

Geburtshilfliche Kurse im Haus durch eigene Hebammen und Kinderkrankenschwestern:

- Stillkurs; Babycafé; Geschwisterkurs; Babymassage

Unser besonderer Service:

- Auf Wunsch Begrüßungsfoto von Ihrem Baby. Jedes Neugeborene erhält einen Babyschlafsack als Präsent der Klinikum Region Hannover GmbH. Außerdem erhalten Sie ein T-Shirt, beschriftet mit den Daten Ihres Babys und ein Kirschkerne-Kissen.

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| Fachabteilung | Frauenheilkunde und Geburtshilfe |
| Fachabteilungsschlüssel | 2400 |
| Art | Hauptabteilung |

Ärztliche Leitung

| Chefarzt/Chefärztin | |
|-----------------------------|---|
| Funktion | Chefarzt |
| Titel, Vorname, Name | Herr Dr. med. Aref Alemi |
| Telefon | 05139/801-3291 |
| Fax | 05139/801-5376 |
| E-Mail | aref.alemi@krh.eu |
| Straße/Nr | Fuhrbergerstr. 8 |
| PLZ/Ort | 30938 Burgwedel |
| Homepage | https://grossburgwedel.krh.de/kliniken-zentren/gynaekologie-und-geburtshilfe |

B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

| Angaben zu Zielvereinbarungen | |
|-----------------------------------|----|
| Zielvereinbarung gemäß DKG | Ja |

B-5.3

Medizinische Leistungsangebote Frauenheilkunde und Geburtshilfe

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote Frauenheilkunde und Geburtshilfe | Kommentar |
|------|--|---|
| VG01 | Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse | Trifft für Frauen und Männer zu. Brusterhaltend oder ablativ. Leistungen im Brustzentrum: Stanzbiopsien, präoperative Nadelmarkierungen bei Mikrokalk, Sentinellymphnote (SLN= Wächterlymphknoten-OP) Brustrekonstruktionen (TRAM-Flap, Latissimus dorsi Schwenklappen) |
| VG02 | Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse | |
| VG03 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse | |
| VG04 | Kosmetische/Plastische Mammachirurgie | |
| VG06 | Gynäkologische Chirurgie | |
| VG07 | Inkontinenzchirurgie | |
| VG08 | Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren | |
| VG11 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes | |
| VG12 | Geburtshilfliche Operationen | |
| VG13 | Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane | |
| VG14 | Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes | |
| VG15 | Spezialsprechstunde | Brustsprechstunde Kontinenz- und Beckenbodensprechstunde |
| VG16 | Urogynäkologie | |
| VG19 | Ambulante Entbindung | |
| VG05 | Endoskopische Operationen | |
| VG00 | Diagnostik und Therapie auf dem Gebiet der Gynäkologie und Geburtshilfe | |
| VG00 | Urodynamische Diagnostik und Therapie auf dem Gebiet der Frauenheilkunde | |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote Frauenheilkunde und Geburtshilfe | Kommentar |
|------|---|-----------|
| VG00 | Zystoskopie | |
| VC55 | Minimalinvasive laparoskopische Operationen | |
| VG00 | Alle klassischen gynäkologischen Operationen | |

B-5.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Die Aspekte der Barrierefreiheit des Hauses stehen auch der Frauenklinik zur Verfügung.

B-5.5 Fallzahlen Frauenheilkunde und Geburtshilfe

| Fallzahlen | |
|--------------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 2130 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-5.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|---|
| 1 | Z38 | 483 | Lebendgeborene nach dem Geburtsort |
| 2 | N81 | 95 | Genitalprolaps bei der Frau |
| 3 | P08 | 83 | Störungen im Zusammenhang mit langer Schwangerschaftsdauer und hohem Geburtsgewicht |
| 4 | O68 | 77 | Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand] |
| 5 | O34 | 73 | Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane |
| 6 | D25 | 62 | Leiomyom des Uterus |
| 7 | O42 | 59 | Vorzeitiger Blasensprung |
| 8 | O80 | 53 | Spontangeburt eines Einlings |
| 9 | O21 | 49 | Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft |
| 10 | C50 | 48 | Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] |
| 11 | O48 | 42 | Übertragene Schwangerschaft |
| 12 | N83 | 37 | Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri |
| 13 | O64 | 28 | Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien des Fetus |
| 14 | N80 | 25 | Endometriose |
| 15 | D27 | 22 | Gutartige Neubildung des Ovars |
| 16 | C54 | 21 | Bösartige Neubildung des Corpus uteri |
| 17 | O00 | 18 | Extrauterin gravidität |
| 18 | O14 | 12 | Präeklampsie |
| 19 | N61 | 11 | Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse] |
| 20 | C56 | 10 | Bösartige Neubildung des Ovars |

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 | 9-262 | 639 | Postnatale Versorgung des Neugeborenen |
| 2 | 5-758 | 249 | Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss] |
| 3 | 9-260 | 240 | Überwachung und Leitung einer normalen Geburt |
| 4 | 5-704 | 232 | Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik |
| 5 | 5-740 | 177 | Klassische Sectio caesarea |
| 6 | 5-683 | 160 | Uterusexstirpation [Hysterektomie] |
| 7 | 9-261 | 141 | Überwachung und Leitung einer Risikogeburt |
| 8 | 5-738 | 130 | Episiotomie und Naht |
| 9 | 5-749 | 112 | Andere Sectio caesarea |
| 10 | 5-932 | 90 | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung |
| 11 | 5-469 | 75 | Andere Operationen am Darm |
| 12 | 5-690 | 70 | Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri] |
| 13 | 5-657 | 62 | Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung |
| 14 | 5-661 | 54 | Salpingektomie |
| 15 | 5-651 | 50 | Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe |
| 16 | 5-870 | 48 | Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe |
| 17 | 1-672 | 41 | Diagnostische Hysteroskopie |
| 18 | 5-728 | 41 | Vakuumentbindung |
| 19 | 1-471 | 37 | Biopsie ohne Inzision am Endometrium |
| 20 | 5-401 | 30 | Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße |

B-5.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)**B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten****Gynäkologische Sprechstunde und Brustsprechstunde****Ambulanzart**

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) (AM04)

Privatsprechstunde Dr. Alemi ab 01.01.2018

| | |
|--------------------|-----------------------|
| Ambulanzart | Privatambulanz (AM07) |
|--------------------|-----------------------|

Zentrale Notfallaufnahme (ZNA)

| | |
|--------------------|------------------------------|
| Ambulanzart | Notfallambulanz (24h) (AM08) |
|--------------------|------------------------------|

Inkontinenzsprechstunde Frau Semmerling

| | |
|--------------------|---|
| Ambulanzart | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) (AM04) |
|--------------------|---|

B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| Ran g | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|----------|---------|--------|---|
| 1 | 5-690 | 188 | Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri] |
| 2 | 1-672 | 170 | Diagnostische Hysteroskopie |
| 3 | 1-471 | 154 | Biopsie ohne Inzision am Endometrium |
| 4 | 5-711 | 45 | Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste) |
| 5 | 5-751 | 41 | Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio] |
| 6 | 5-651 | 34 | Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe |
| 7 | 1-694 | 18 | Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie) |

B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**Zulassung vorhanden**

| | |
|---|------|
| Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden | Nein |
| Stationäre BG-Zulassung vorhanden | Nein |

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: 8,65

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 8,65 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 8,65 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 246,24277

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 5,67

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 5,67 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 5,67 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 375,66138

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen) |
|------|--|
| AQ14 | Frauenheilkunde und Geburtshilfe |
| AQ16 | Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie |
| AQ17 | Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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: 8,66

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 8,66 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 8,66 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 245,95843

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,45

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,45 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,45 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 869,38776

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

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

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

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 2130

Entbindungspfleger und Hebammen

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 7,2

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 7,2 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 7,2 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 295,83333

Medizinische Fachangestellte

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,86

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,86 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,86 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 2476,74419

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------|--|
| PQ05 | Leitung einer Station / eines Bereiches |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| PQ20 | Praxisanleitung |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr. | Zusatzqualifikation |
|------|-------------------------------|
| ZP09 | Kontinenzmanagement |
| ZP28 | Still- und Laktationsberatung |

B-5.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-6 Anästhesie, Intensivmedizin und Notfallmedizin

B-6.1 Allgemeine Angaben Anästhesie, Intensivmedizin und Notfallmedizin

Das Klinik-Team um Chefärztin Dr. med. Kirsten Terhorst steht Ihnen jederzeit zur Verfügung. Unsere Patienten erhalten modernste Anästhesieverfahren, Intensiv- und Schmerzbehandlungen. Die Patienten erleben bei uns besondere menschliche Zuwendung.

ANÄSTHESIOLOGIE:

Sie bekommen das gesamte Spektrum der Allgemeinnarkosen und regionalen Betäubung für alle Arten von operativen Eingriffen angeboten. Im ambulanten Untersuchungszentrum (AUZ) erfolgt vor einer Operation die Planung der Narkose (Prämedikation) sowie eine Beratung über mögliche und am besten geeignete Narkoseverfahren. Für die Phase nach einer Operation wird ein „Schmerzkatheter“ sowie Pumpen zur patientenkontrollierten Schmerztherapie (PCA) angeboten. Speziell für große bauchchirurgische, gynäkologische und urologische Operationen wird vor der Operation ein thorakaler Periduralkatheter gelegt, über den nach dem Eingriff eine kontinuierliche, individuell angepasste und gesteuerte Schmerztherapie durchgeführt wird. Dies ermöglicht eine Mobilisation bereits am Operationstag, beeinflusst die Körperfunktionen positiv und trägt zur Verkürzung des Krankenhausaufenthaltes bei. Durch eine Fachpflegekraft mit der Zusatzqualifikation zur Pain-Nurse („Schmerz-Schwester“) bzw. durch einen Anästhesisten werden Sie stationär in dieser Zeit tgl. visitiert, bei ambulanten Operationen vor der Entlassung.

NOTFALLMEDIZIN

Die ärztlichen Mitarbeiter der Abteilung besetzen als speziell ausgebildete Notfallmediziner das am Haus stationierte Notarzteinsetzfahrzeug (NEF).

INTERDISZIPLINÄRE INTENSIVMEDIZIN:

Auf der unter anästhesiologischer Leitung stehenden interdisziplinären Intensivstation mit neun Betten werden jährlich über 700 Patienten aller Fachgebiete betreut. Für alle Behandlungsplätze halten wir moderne Beatmungsmöglichkeiten, Monitoranschlüsse für invasives und nicht-invasives Monitoring aller Vitalfunktionen (incl. PiCCO-Messungen), temporäre Nierenersatzverfahren (CVVH) und vorübergehende Herzschrittmacher vor. Die besondere menschliche Zuwendung spiegelt sich auch in einer von Fachleuten entwickelten Farb- und Kontrastgebung der Station wieder. Spezielle Kompetenz hat die Intensivstation auf dem Gebiet der Nachbehandlung von schweren operativen Eingriffen erworben. Dies schließt insbesondere die Entwöhnung von künstlicher Beatmung und die frühestmögliche Rehabilitation ein. Auf diesem Sektor wird ein Netzwerk mit anderen Krankenhäusern (auch Kliniken der Maximalversorgung) und weiterversorgenden Spezialeinrichtungen gepflegt.

In der gesamten Abteilung wird die Entwicklung von Behandlungen kontinuierlich ausgebaut.

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|--|
| Fachabteilung | Anästhesie, Intensivmedizin und Notfallmedizin |
| Fachabteilungsschlüssel | 3600 |
| Art | Hauptabteilung |

Ärztliche Leitung

| Chefarzt/Chefärztin | |
|-----------------------------|---|
| Funktion | Chefärztin |
| Titel, Vorname, Name | Frau Dr. med. Kirsten Terhorst |
| Telefon | 05139/801-3306 |
| Fax | 05139/801-5938 |
| E-Mail | kirsten.terhorst@krh.eu |
| Straße/Nr | Fuhrberger Straße 8 |
| PLZ/Ort | 30938 Burgwedel |
| Homepage | https://grossburgwedel.krh.de/kliniken-zentren/anaesthesiologie-interdisziplinaere-intensivmedizin-und-notfallmedizin |

B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

| Angaben zu Zielvereinbarungen | |
|-----------------------------------|----|
| Zielvereinbarung gemäß DKG | Ja |

B-6.3 Medizinische Leistungsangebote Anästhesie, Intensivmedizin und Notfallmedizin

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote Anästhesie, Intensivmedizin und Notfallmedizin |
|------|---|
| VX00 | Intubationsnarkosen |
| VX00 | invasives und nicht-invasives Monitoring aller Vitalfunktionen (incl. PiCCO-Messungen) |
| VX00 | Beatmung |
| VX00 | Regionalanästhesien |
| VX00 | „Schmerzkatheter“ sowie Pumpen zur patientenkontrollierten Schmerztherapie (PCA) |
| VX00 | thorakaler Periduralkatheter |
| VX00 | am Haus stationierte Notarzteinsetzfahrzeug (NEF) |
| VX00 | temporäre Nierenersatzverfahren (CVVH) |
| VX00 | vorübergehende Herzschrittmacher |
| VX00 | Chirurgische Intensivmedizin |
| VX00 | Internistische Intensivmedizin |
| VX00 | Akutschmerzmanagement |
| VX00 | Airwaymanagement |
| VX00 | Schmerztherapie in der Geburtshilfe |
| VX00 | Prämedikation |
| VX00 | Entwöhnung von künstlicher Beatmung |
| VX00 | Plexusanalgesie (Plexus zervikalis, brachialis, axillaris, lumbalis, lumbosakralis), Spinal- oder Periduralanalgesie (auch kaudal), einzeitig oder mittels Katheter |
| VX00 | Analgetikertherapie |
| VX00 | Anästhesie |

B-6.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Anästhesie, Intensivmedizin und Notfallmedizin

Die Aspekte der Barrierefreiheit des Hauses stehen auch der Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin- und Notfallmedizin zur Verfügung.

B-6.5 Fallzahlen Anästhesie, Intensivmedizin und Notfallmedizin

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

B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-6.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|-------------|----------------|---------------|---|
| 1 | 8-930 | 1040 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes |
| 2 | 8-980 | 349 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) |
| 3 | 8-831 | 237 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße |
| 4 | 8-800 | 229 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat |
| 5 | 8-701 | 129 | Einfache endotracheale Intubation |
| 6 | 1-620 | 117 | Diagnostische Tracheobronchoskopie |
| 7 | 8-706 | 102 | Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung |
| 8 | 8-812 | 48 | Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen |
| 9 | 8-713 | 46 | Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen |
| 10 | 8-910 | 26 | Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie |
| 11 | 8-779 | 23 | Andere Reanimationsmaßnahmen |
| 12 | 8-810 | 23 | Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen |
| 13 | 8-900 | 23 | Intravenöse Anästhesie |
| 14 | 5-311 | 21 | Temporäre Tracheostomie |
| 15 | 8-919 | 16 | Komplexe Akutschmerzbehandlung |
| 16 | 8-855 | 13 | Hämodiafiltration |
| 17 | 8-771 | 12 | Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation |
| 18 | 8-390 | 11 | Lagerungsbehandlung |
| 19 | 8-932 | 10 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes |
| 20 | 8-144 | 5 | Therapeutische Drainage der Pleurahöhle |

B-6.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

| Zulassung vorhanden | |
|--|------|
| Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden | Nein |
| Stationäre BG-Zulassung vorhanden | Nein |

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: 13,65

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 13,65 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 13,65 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 8,75

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 8,75 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 8,75 | |
| 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 |

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: 30,89

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 30,89 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 30,89 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------|--|
| PQ04 | Intensiv- und Anästhesiepflege |
| PQ05 | Leitung einer Station / eines Bereiches |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| PQ20 | Praxisanleitung |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr. | Zusatzqualifikation |
|------|---------------------|
| ZP08 | Kinästhetik |
| ZP14 | Schmerzmanagement |

B-6.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-7 Radiologie**B-7.1 Allgemeine Angaben Radiologie**

Die Radiologie ist ein Teilgebiet der Medizin, das sich einer Vielzahl radiologischer Untersuchungsmethoden bedient, um für Sie als Patient rasch und angemessen eine Erkrankung zu erkennen (Diagnostik) und eine adäquate Behandlung einzuleiten (Therapie).

Das Institut für Radiologie versteht sich als verbindende und vermittelnde Abteilung und Partner aller medizinischer Fachgebiete des KRH Klinikums Großburgwedel.

Unser Institut ist durch Teleradiologie mit anderen radiologischen Einrichtungen in den Krankenhäusern des Klinikums Region Hannover vernetzt. Diese moderne Struktur sichert einen 24-Stunden-Versorgungsservice auf Facharztniveau.

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|----------------|
| Fachabteilung | Radiologie |
| Fachabteilungsschlüssel | 3751 |
| Art | Hauptabteilung |

Ärztliche Leitung

| Chefarzt/Chefärztin | |
|-----------------------------|---|
| Funktion | Chefarzt |
| Titel, Vorname, Name | Herr Dr. med. Herbert Rosenthal |
| Telefon | 05139/801-3279 |
| Fax | 05139/801-5393 |
| E-Mail | herbert.rosenthal@krh.eu |
| Straße/Nr | Fuhrberger Straße 8 |
| PLZ/Ort | 30938 Burgwedel |
| Homepage | https://grossburgwedel.krh.de/kliniken-zentren/radiologie |

B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

| Angaben zu Zielvereinbarungen | |
|-----------------------------------|----|
| Zielvereinbarung gemäß DKG | Ja |

B-7.3 Medizinische Leistungsangebote Radiologie

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote Radiologie |
|------|---|
| VR01 | Konventionelle Röntgenaufnahmen |
| VR41 | Interventionelle Radiologie |
| VR10 | Computertomographie (CT), nativ |
| VR11 | Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel |
| VR16 | Phlebographie |
| VR44 | Teleradiologie |

B-7.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Radiologie

Die Aspekte der Barrierefreiheit des Hauses stehen auch der Klinik für Radiologie zur Verfügung.

B-7.5 Fallzahlen Radiologie

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

B-7.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-7.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-7.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|---|
| 1 | 3-200 | 857 | Native Computertomographie des Schädels |
| 2 | 3-225 | 680 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel |
| 3 | 3-207 | 647 | Native Computertomographie des Abdomens |
| 4 | 3-222 | 361 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel |
| 5 | 3-990 | 330 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung |
| 6 | 3-205 | 238 | Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems |
| 7 | 3-203 | 125 | Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark |
| 8 | 3-202 | 95 | Native Computertomographie des Thorax |
| 9 | 3-206 | 48 | Native Computertomographie des Beckens |
| 10 | 3-820 | 45 | Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel |

B-7.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-7.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-7.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-7.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

| Zulassung vorhanden | |
|--|------|
| Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden | Nein |
| Stationäre BG-Zulassung vorhanden | Nein |

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: 1,6

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1,6 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,6 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 1,6

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1,6 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,6 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung |
|------|------------------------------------|
| ZF38 | Röntgendiagnostik – fachgebunden – |

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: 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:

Medizinische Fachangestellte

Ausbildungsdauer: 3 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: 0

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-7.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-8 Schmerztherapie

B-8.1 Allgemeine Angaben Schmerztherapie

Der Abteilung für spezielle Schmerztherapie stehen in Großburgwedel 36 stationäre Betten zur Verfügung. Hier werden neben den Patienten mit chronischem Schmerzsyndrom auch Patienten mit akuten Schmerzzuständen wie z. B. bei Bandscheibenvorfällen oder Tumorerkrankungen versorgt.

Gemeinsam mit dem Chefarzt, einer Oberärztin und einem Oberarzt stehen noch vier weitere Fachärzte, zwei Assistenzärztinnen und vier Psychotherapeutinnen zur Betreuung von stationären Schmerzpatienten bereit.

Für die stationären Patienten stehen ein Psychiater, ein Arzt für psychosomatische Medizin und ein Facharzt für Neurologie konsiliarisch zur Verfügung, fest integriert in den stationären Ablauf ist die Behandlung durch unsere Psychologen. Eine sozialmedizinische Betreuung wird durch eine Sozialarbeiterin gewährleistet.

Der Chefarzt steht gleichzeitig der Abteilung für Physiotherapie vor. Hier findet eine exzellente Zusammenarbeit im Sinne der Patienten statt. Die Abteilung für Physiotherapie behandelt neben unseren stationären Patienten auch ambulante Patienten.

Durch die Kombination von schmerztherapeutischer Infusions- und Infiltrationstherapie, medikamentöser Einstellung, spezieller Physiotherapie und ausführliche psychotherapeutische Behandlung in Form von Verhaltenstherapie und Entspannungsverfahren in Gruppentherapie sowie durch Einzelgespräche wird ein multimodales Behandlungskonzept eingesetzt. Dies ermöglicht eine umfassende Behandlung des Patienten.

Die Abteilung für Schmerztherapie nimmt mit ihrem Leistungsspektrum einen besonderen Platz in Niedersachsen ein.

In der schmerztherapeutischen Ambulanz werden Patienten, die an allen Formen von chronischen Schmerzen leiden, ambulant behandelt. Hier stehen medikamentöse Therapien, die Anwendung von regionalen Teilanästhesien, Blockadentechniken sowie infiltrative Maßnahmen im Vordergrund.

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--------------------------------|-----------------|
| Fachabteilung | Schmerztherapie |
| Fachabteilungsschlüssel | 3753 |
| Art | Hauptabteilung |

Ärztliche Leitung

| Chefarzt/Chefärztin | |
|-----------------------------|---|
| Funktion | Chefarzt |
| Titel, Vorname, Name | Herr Dr. med. Abdulmassih Elkarra |
| Telefon | 05139/801-3399 |
| Fax | 05139/801-3400 |
| E-Mail | abdulmassih.elkarra@krh.eu |
| Straße/Nr | Fuhrbergerstr. 8 |
| PLZ/Ort | 30938 Burgwedel |
| Homepage | https://grossburgwedel.krh.de/kliniken-zentren/spezielle-schmerztherapie |

B-8.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

| Angaben zu Zielvereinbarungen | |
|-----------------------------------|----|
| Zielvereinbarung gemäß DKG | Ja |

B-8.3

Medizinische Leistungsangebote Schmerztherapie

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote Schmerztherapie |
|------|---|
| VP01 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen |
| VP05 | Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren |
| VP06 | Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen |
| VX00 | Lasertherapie |
| VX00 | Medikamentöse Einstellung |
| VX00 | Patientengesprächsgruppen |
| VX00 | Betreuung durch Psychologen |
| VX00 | Ernährungsmedizin |
| VX00 | Botoxbehandlung |
| VO18 | Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie |
| VN14 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus |
| VN15 | Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems |
| VX00 | Infusion von nach der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung verschreibungspflichtigen Analgetika oder von Lokalanästhetika unter systemischer Anwendung in überwachungspflichtiger Konzentration |
| VX00 | Plexusanalgesie (Plexus zervikalis, brachialis, axillaris, lumbalis,lumbosakralis), Spinal-oder Periduralanalgesie (auch kaudal), einzeitig oder mittels Katheter |
| VX00 | Analgesie eines oder mehrerer Spinalnerven und der Rami communicantes an den Foramina intervertebralia |
| VX00 | Ganglionäre Opioid-Applikation |
| VX00 | Analgesie eines Hirnnerven oder eines Hirnnervenganglions an der Schädelbasis |
| VX00 | Anleitung eines Patienten zur Selbstanwendung der transkutanen elektrischen Nervenstimulation (TENS) |
| VX00 | sozialmedizinische Beratung und Betreuung |
| VX00 | psychiatrische und psychotherapeutische Konsiliargespräche |
| VO10 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes |
| VO08 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes |
| VO07 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen |
| VO06 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln |
| VO05 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens |
| VO02 | Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote Schmerztherapie |
|------|---|
| VN12 | Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems |
| VN23 | Schmerztherapie |
| VI39 | Physikalische Therapie |
| VI38 | Palliativmedizin |

B-8.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Schmerztherapie

Die Aspekte der Barrierefreiheit des Hauses stehen auch der Klinik für Schmerztherapie zur Verfügung.

B-8.5 Fallzahlen Schmerztherapie

| Fallzahlen | |
|-------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 628 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-8.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-8.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|---|
| 1 | M54 | 237 | Rückenschmerzen |
| 2 | F45 | 159 | Somatoforme Störungen |
| 3 | M79 | 68 | Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert |
| 4 | M53 | 34 | Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert |
| 5 | M25 | 29 | Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert |
| 6 | G62 | 16 | Sonstige Polyneuropathien |
| 7 | M89 | 13 | Sonstige Knochenkrankheiten |
| 8 | G44 | 12 | Sonstige Kopfschmerzsyndrome |
| 9 | G50 | 9 | Krankheiten des N. trigeminus [V. Hirnnerv] |
| 10 | M51 | 8 | Sonstige Bandscheibenschäden |

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 | 8-918 | 584 | Multimodale Schmerztherapie |
| 2 | 8-020 | 247 | Therapeutische Injektion |
| 3 | 8-917 | 177 | Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie |
| 4 | 9-984 | 157 | Pflegebedürftigkeit |
| 5 | 8-914 | 13 | Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie |
| 6 | 8-915 | 9 | Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie |
| 7 | 8-910 | 5 | Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie |
| 8 | 6-006 | <= 5 | Applikation von Medikamenten, Liste 6 |
| 9 | 8-916 | <= 5 | Injektion eines Medikamentes an das sympathische Nervensystem zur Schmerztherapie |
| 10 | 9-200 | <= 5 | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen |

B-8.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)**B-8.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten****Sprechstunde Dr. Elkarra****Ambulanzart**

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) (AM04)

Privatsprechstunde Dr. Elkarra**Ambulanzart**

Privatambulanz (AM07)

Zentrale Notfallaufnahme (ZNA)**Ambulanzart**

Notfallambulanz (24h) (AM08)

B-8.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-8.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

| Zulassung vorhanden | |
|--|------|
| Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden | Nein |
| Stationäre BG-Zulassung vorhanden | Nein |

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: 6,59

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 6,59 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 6,59 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 95,2959

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 4,51

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|--------------------------------|
| Stationär | 4,51 | zusätzlich 2,07 VK Psychologen |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 4,51 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 139,24612

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen) |
|------|---|
| AQ01 | Anästhesiologie |
| AQ63 | Allgemeinmedizin |
| AQ10 | Orthopädie und Unfallchirurgie |
| AQ23 | Innere Medizin |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung |
|------|---------------------------------|
| ZF42 | Spezielle Schmerztherapie |
| ZF28 | Notfallmedizin |
| ZF30 | Palliativmedizin |
| ZF36 | Psychotherapie – fachgebunden – |

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: 8,29

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|---|
| Stationär | 8,29 | Enthält auch das Personal der Schmerzambulanz |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 8,29 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 75,75392

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,96

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,96 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,96 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 654,16667

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------|--|
| PQ05 | Leitung einer Station / eines Bereiches |
| PQ20 | Praxisanleitung |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr. | Zusatzqualifikation |
|------|---------------------|
| ZP14 | Schmerzmanagement |

B-8.11.3 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 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate | Kommentar |
|---|----------|--------------------|--|
| Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU) | 317 | 100,0 | |
| Geburtshilfe (16/1) | 638 | 100,0 | |
| Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1) | 201 | 100,0 | |
| Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation (09/1) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Hüftendoprothesenversorgung (HEP) | 141 | 100,0 | |
| Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP) | 126 | 100,0 | |
| Hüftendoprothesenversorgung: Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (HEP_WE) | 15 | 100,0 | |
| Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1) | 74 | 100,0 | |
| Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate | Kommentar |
|---|----------|--------------------|--|
| Karotis-Revaskularisation (10/2) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Knieendoprothesenversorgung (KEP) | 150 | 100,0 | |
| Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen (KEP_IMP) | 139 | 100,0 | |
| Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesenwechsel und –komponentenwechsel (KEP_WE) | 11 | 100,0 | |
| Mammachirurgie (18/1) | 59 | 100,0 | |
| Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK) | 285 | 100,0 | |
| Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH) ¹ | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Aortenklappenchirurgie, isoliert (HCH) | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Koronarchirurgie, isoliert (HCH) | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation (HCH_AORT_KATH_ENDO) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation (HCH_AORT_KATH_TRAPI) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate | Kommentar |
|---|----------|--------------------|--|
| Herztransplantation (HTXM_TX) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Leberlebendspende (LLS) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Lebertransplantation (LTX) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Nierenlebendspende (NLS) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Nierentransplantation (PNTX) ² | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation (PNTX) | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

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

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

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

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

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 |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen |
| Grundgesamtheit | 317 |
| Beobachtete Ereignisse | 315 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 99,37% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,45 - 98,54% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 97,73 - 99,83% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Bezeichnung der Kennzahl | Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden) |
| Grundgesamtheit | 307 |
| Beobachtete Ereignisse | 306 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 99,67% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,49 - 98,58% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 98,18 - 99,94% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Bezeichnung der Kennzahl | Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden) |
| Grundgesamtheit | 10 |
| Beobachtete Ereignisse | 9 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 90,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,91 - 97,56% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 59,59 - 98,21% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Behandlung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden) |
| Grundgesamtheit | 262 |
| Beobachtete Ereignisse | 253 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 96,56% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 95,01 - 95,18% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 93,60 - 98,18% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Index = 1 oder 2) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Körperliche Aktivierung innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus bei Patientinnen und Patienten mit mittlerem Risiko, an einer Lungenentzündung zu versterben |
| Grundgesamtheit | 140 |
| Beobachtete Ereignisse | 127 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 90,71% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 93,74 - 93,99% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 84,76 - 94,49% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund war, wurde nach festgelegten Kriterien vor Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmt |
| Grundgesamtheit | 179 |
| Beobachtete Ereignisse | 176 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 98,32% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 95,47 - 95,66% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 95,19 - 99,43% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Grundgesamtheit | 317 |
| Beobachtete Ereignisse | 44 |
| Erwartete Ereignisse | 42,76 |
| Ergebnis (Einheit) | 1,03 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 1,58 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,05 - 1,07 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,78 - 1,34 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
|--|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen |
| Grundgesamtheit | 309 |
| Beobachtete Ereignisse | 300 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 97,09% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,42 - 96,55% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 94,56 - 98,46% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Geburtshilfe |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Bei einer drohenden Frühgeburt wurde die Mutter vor der Geburt mit Kortison behandelt. Dazu musste die Mutter bereits 2 Tage vor der Geburt in das Krankenhaus aufgenommen worden sein |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\geq 95,00 \%$ |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 97,18 - 97,87% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Geburtshilfe |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben |
| Grundgesamtheit | 205 |
| Beobachtete Ereignisse | 205 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\geq 90,00 \%$ |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 99,14 - 99,21% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 98,16 - 100,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich |

| Leistungsbereich (LB) | Geburtshilfe |
|--|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kaiserschnittgeburten |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kaiserschnittgeburten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen) |
| Grundgesamtheit | 637 |
| Beobachtete Ereignisse | 204 |
| Erwartete Ereignisse | 187,44 |
| Ergebnis (Einheit) | 1,09 |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\leq 1,23$ (90. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,98 - 0,99 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,97 - 1,21 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich |

| Leistungsbereich (LB) | Geburtshilfe |
|--|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Der Zeitraum zwischen der Entscheidung, einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen, und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten |
| Grundgesamtheit | 6 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel-Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,23 - 0,46% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 39,03% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Geburtshilfe |
| Bezeichnung der Kennzahl | Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Neugeborenen, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden (Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen) |
| Grundgesamtheit | 621 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,22 - 0,24% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 0,61% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Geburtshilfe |
| Bezeichnung der Kennzahl | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Neugeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden) |
| Grundgesamtheit | 621 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 1,38 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 berücksichtigt |
| Referenzbereich (bundesweit) | Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,01 - 1,12 berücksichtigt |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 2,77 berücksichtigt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |
| Kommentar beauftragte Stelle | 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) | Geburtshilfe |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei frühgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | "Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Frühgeborene, die zwischen der 24. und einschließlich der 36. Schwangerschaftswoche geboren wurden |
| Grundgesamtheit | 14 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,08 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 berücksichtigt |
| Referenzbereich (bundesweit) | Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht miteinbezogen |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,95 - 1,18 berücksichtigt |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 36,14 berücksichtigt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Kommentar beauftragte Stelle | 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) | Geburtshilfe |
|--|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Eine Kinderärztin / ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\geq 90,00 \%$ |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,96 - 97,37% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

| Leistungsbereich (LB) | Geburtshilfe |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden) – bei der Auswertung wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind (z. B. Vorerkrankungen) berücksichtigt |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,66 |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\leq 2,32$ |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,02 - 1,08 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,22 - 1,92 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen |
| Grundgesamtheit | 143 |
| Beobachtete Ereignisse | 5 |
| Erwartete Ereignisse | 1,20 |
| Ergebnis (Einheit) | 4,16 |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\leq 4,18$ |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,03 - 1,17 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 1,79 - 9,43 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen |
| Grundgesamtheit | 35 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 5,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,11 - 1,33% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 9,89% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis |
| Grundgesamtheit | 8 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 20,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 7,23 - 8,07% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 32,44% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis |
| Grundgesamtheit | 45 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel-Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,05 - 1,25% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 7,87% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis |
| Grundgesamtheit | 44 |
| Beobachtete Ereignisse | 42 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 95,45% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 74,04 % (5. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 87,96 - 88,59% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 84,87 - 98,74% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter |
| Grundgesamtheit | 93 |
| Beobachtete Ereignisse | 9 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 9,68% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 4,94 % (90. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 2,38 - 2,56% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 5,18 - 17,38% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | U32 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) |
| Bezeichnung der Kennzahl | Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 11,01 - 13,58% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) |
| Bezeichnung der Kennzahl | Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 11,05 - 12,96% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 40,23 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 19,39 - 20,68% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Die geplante Operation, bei der erstmal ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht |
| Grundgesamtheit | 51 |
| Beobachtete Ereignisse | 51 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 97,05 - 97,20% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 93,00 - 100,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht |
| Grundgesamtheit | 15 |
| Beobachtete Ereignisse | 15 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 86,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 91,99 - 92,72% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 79,61 - 100,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Präoperative Verweildauer bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation, bei der ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfand |
| Grundgesamtheit | 75 |
| Beobachtete Ereignisse | 8 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 10,67% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 15,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 13,48 - 14,03% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 5,50 - 19,66% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
|--|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Sturzprophylaxe |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden |
| Grundgesamtheit | 121 |
| Beobachtete Ereignisse | 121 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 85,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 95,72 - 95,90% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 96,92 - 100,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
|--|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 11,41 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 4,45 - 4,79% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
|--|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde) |
| Grundgesamtheit | 51 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 7,50 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 2,28 - 2,42% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 7,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Beweglichkeit bei Entlassung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Das operierte künstliche Hüftgelenk konnte zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend bewegt werden |
| Grundgesamtheit | 51 |
| Beobachtete Ereignisse | 51 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,03 - 98,16% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 93,00 - 100,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Grundgesamtheit | 125 |
| Beobachtete Ereignisse | 9 |
| Erwartete Ereignisse | 5,53 |
| Ergebnis (Einheit) | 1,63 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,40 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,98 - 1,02 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,87 - 2,97 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben) |
| Grundgesamtheit | 84 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel-Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,19 - 0,23% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 4,37% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | "Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde |
| Grundgesamtheit | 100 |
| Beobachtete Ereignisse | 7 |
| Erwartete Ereignisse | 1,83 |
| Ergebnis (Einheit) | 3,83<= 3,12 (|
| Referenzbereich (bundesweit) | berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)" |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,06 - 1,14<= 3,12 (|
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 1,88 - 7,52<= 3,12 (|
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | U32 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 5,72 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,46 - 1,57% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen, (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 15,15 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 5,84 - 6,54% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden |
| Grundgesamtheit | 74 |
| Beobachtete Ereignisse | 8 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 10,81% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 15,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 13,85 - 14,40% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 5,58 - 19,91% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Sturzprophylaxe |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden |
| Grundgesamtheit | 67 |
| Beobachtete Ereignisse | 66 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 98,51% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 85,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 95,16 - 95,52% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 92,02 - 99,74% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Grundgesamtheit | 56 |
| Beobachtete Ereignisse | 6 |
| Erwartete Ereignisse | 7,27 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,83 |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\leq 2,24$ (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,01 - 1,05 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,39 - 1,65 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 4,50 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,18 - 1,36% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Wundhämatomen/Nachblutungen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | "Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Nachblutungen oder Blutansammlungen im Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden |
| Grundgesamtheit | 74 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,83 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00<= 4,28 |
| Referenzbereich (bundesweit) | berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)" |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,83 - 0,99<= 4,28 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 4,42<= 4,28 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Kommentar beauftragte Stelle | 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) | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | "Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden |
| Grundgesamtheit | 74 |
| Beobachtete Ereignisse | 5 |
| Erwartete Ereignisse | 7,58 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,66<= 2,17 |
| Referenzbereich (bundesweit) | berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)" |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,96 - 1,01<= 2,17 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,29 - 1,45<= 2,17 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,29 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,07 (90. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,00 - 1,07 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,08 - 1,00 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Knieendoprothesenversorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht |
| Grundgesamtheit | 106 |
| Beobachtete Ereignisse | 106 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 97,75 - 97,90% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 96,50 - 100,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Knieendoprothesenversorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Indikation zur unikondylären Schlittenprothese |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht |
| Grundgesamtheit | 33 |
| Beobachtete Ereignisse | 33 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,17 - 96,68% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 89,57 - 100,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Knieendoprothesenversorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht |
| Grundgesamtheit | 11 |
| Beobachtete Ereignisse | 11 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 86,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 92,87 - 93,72% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 74,12 - 100,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Knieendoprothesenversorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 5,00 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,35 - 1,46% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Knieendoprothesenversorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden) |
| Grundgesamtheit | 11 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 10,37 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 2,95 - 3,55% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 25,88% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Knieendoprothesenversorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde) |
| Grundgesamtheit | 139 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 3,89 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,00 - 1,10% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 2,69% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Knieendoprothesenversorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden) |
| Grundgesamtheit | 11 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 13,33 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 4,25 - 4,96% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 25,88% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Knieendoprothesenversorgung |
| Bezeichnung der Kennzahl | Beweglichkeit bei Entlassung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Das operierte künstliche Kniegelenk konnte zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend bewegt werden |
| Grundgesamtheit | 139 |
| Beobachtete Ereignisse | 133 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 95,68% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 92,79 - 93,04% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 90,90 - 98,01% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Knieendoprothesenversorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Grundgesamtheit | 147 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,52 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 3,79 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,83 - 0,95 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 7,23 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Kommentar beauftragte Stelle | 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) | Knieendoprothesenversorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben) |
| Grundgesamtheit | 131 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel-Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,03 - 0,05% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 2,85% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Knieendoprothesenversorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig |
| Grundgesamtheit | 131 |
| Beobachtete Ereignisse | 131 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 98,54 % (5. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 99,76 - 99,81% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Die Feststellung, dass die Patientinnen und Patienten Brustkrebs haben, wurde vor der Behandlung durch eine Gewebeuntersuchung abgesichert |
| Grundgesamtheit | 42 |
| Beobachtete Ereignisse | 41 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 97,62% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 97,34 - 97,57% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 87,68 - 99,58% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | HER2-Positivitätsrate |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen HER2 nachgewiesen werden konnte und die deswegen eine spezielle medikamentöse Therapie erhalten sollten (HER2 ist eine Eiweißstruktur, die sich bei manchen Patientinnen und Patienten auf der Oberfläche der Tumorzellen befindet) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 12,86 - 13,38% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil möglichst vollständig entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.) |
| Grundgesamtheit | 7 |
| Beobachtete Ereignisse | 7 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 99,14 - 99,38% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 64,57 - 100,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil möglichst vollständig entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.) |
| Grundgesamtheit | 12 |
| Beobachtete Ereignisse | 12 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 97,76 - 98,10% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 75,75 - 100,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Primäre Axilladisektion bei DCIS |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die Brustkrebs im Frühstadium hatten) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel-Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,04 - 0,19% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Die Lymphknoten, die in der Achselhöhle liegen, werden entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die Brustkrebs im Frühstadium haben und bei denen die Brust nicht entfernt wird, sondern brusterhaltend operiert wird) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 8,20 % (80. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 5,42 - 6,71% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht (in den Wächterlymphknoten siedeln sich die Krebszellen mit hoher Wahrscheinlichkeit zuerst an) |
| Grundgesamtheit | 22 |
| Beobachtete Ereignisse | 18 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 81,82% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,23 - 96,63% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 61,48 - 92,69% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | U32 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Zwischen dem Zeitpunkt, wann der Brustkrebs festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 16,36 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 3,85 - 4,17% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Neonatologie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeborenen (ohne zuverlegte Kinder) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Frühgeborene, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mehr als 31 Wochen) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel-Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,31 - 0,38% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| Leistungsbereich (LB) | Neonatologie |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Sehr kleine Frühgeborene, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 3,60 - 4,34% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

| Leistungsbereich (LB) | Neonatologie |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an sehr kleinen Frühgeborenen, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,84 - 1,01 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

| Leistungsbereich (LB) | Neonatologie |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 3,00 - 3,68% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

| Leistungsbereich (LB) | Neonatologie |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,89 - 1,09 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Neonatologie |
| Bezeichnung der Kennzahl | Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) bei sehr kleinen Frühgeborenen |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Schwerwiegende Schädigung des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,91 - 2,43% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Neonatologie |
| Bezeichnung der Kennzahl | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an nekrotisierenden Enterokolitiden (NEK) bei sehr kleinen Frühgeborenen |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Schädigungen des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,80 - 1,02 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Neonatologie |
| Bezeichnung der Kennzahl | Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Schwerwiegende Schädigung der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 5,07 - 6,07% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Neonatologie |
| Bezeichnung der Kennzahl | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an bronchopulmonalen Dysplasien (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Schädigungen der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,87 - 1,04 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Neonatologie |
| Bezeichnung der Kennzahl | Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 3,03 - 3,91% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Neonatologie |
| Bezeichnung der Kennzahl | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an höhergradigen Frühgeborenenretinopathien (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Netzhautschädigungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,81 - 1,05 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Neonatologie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Frühgeborene, die verstorben sind oder eine schwerwiegende Hirnblutung, eine schwerwiegende Schädigung des Darms, der Lunge oder der Netzhaut des Auges hatten |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\leq 1,91$ (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,88 - 0,98 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Neonatologie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit nosokomialen Infektionen (ohne zuverlegte Kinder) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | "Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kindern mit einer Infektion, die sie im Krankenhaus erworben haben (bezogen auf Kinder, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden" |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)" |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | $0,87 - 0,97 \leq 2,79$ (|
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Neonatologie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Pneumothoraces bei Kindern unter oder nach Beatmung (ohne zuverlegte Kinder) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | "Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an beatmeten Kindern mit einer Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (bezogen auf Kinder, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)" |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,87 - 0,98<= 2,54 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Neonatologie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Zunahme des Kopfumfangs |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Wachstum des Kopfes |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 21,74 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 9,58 - 10,53% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Neonatologie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Durchführung eines Hörtests |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Ein Hörtest wurde durchgeführt |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\geq 95,00 \%$ |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 97,77 - 97,95% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Neonatologie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an sehr kleinen Frühgeborenen mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36 Grad Celsius festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32 Wochen) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | $0,90 - 1,05 \leq 2,52$ |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Neonatologie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Risiko-Lebendgeborenen mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36 Grad Celsius festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer von mehr als 31 Wochen) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00<= 2,04 |
| Referenzbereich (bundesweit) | berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,92 - 0,98<= 2,04 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 27,36<= 2,04 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Kommentar beauftragte Stelle | 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) | Pflege: Dekubitusprophylaxe |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitus Grad/ Kategorie 1) |
| Grundgesamtheit | 11985 |
| Beobachtete Ereignisse | 56 |
| Erwartete Ereignisse | 62,68 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,89<= 2,31 |
| Referenzbereich (bundesweit) | berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,05 - 1,07<= 2,31 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,69 - 1,16<= 2,31 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Pflege: Dekubitusprophylaxe |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4 |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitus Grad/ Kategorie 4) |
| Grundgesamtheit | 11985 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel-Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,01 - 0,01% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 0,03% |
| 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-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: 6,8% (Zähler: 6, Nenner: 88) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 8,5% |
| Vergleichswerte | Erwartungswert: 9,5% |
| 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: 8,6% (Zähler: 30, Nenner: 348) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 8,5% |
| Vergleichswerte | Erwartungswert: 9,9% |
| 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: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 21) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 5,8% |
| Vergleichswerte | Erwartungswert: 7,1% |
| 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: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 35) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 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% (Zähler: 0, Nenner: 0) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 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% (Zähler: 0, Nenner: 0) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 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% (Zähler: 0, Nenner: 0) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 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: 7,1% (Zähler: 3, Nenner: 42) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 8,6% |
| Vergleichswerte | Erwartungswert: 9,2% |
| Quellenangaben | https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet |

Leistungsbereich: Schlaganfall (Stroke)

| | |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | 9.3 - Hirninfarkt (ICD I63, Alter >19), Anteil Todesfälle, aufgetreten |
| Ergebnis | Rate: 8,6% (Zähler: 3, Nenner: 35) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 6,4% |
| Vergleichswerte | Erwartungswert: 6,1% |
| 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: 9,5% (Zähler: 4, Nenner: 42) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 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: 10,0% (Zähler: 23, Nenner: 231) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 10,0% |
| Vergleichswerte | Erwartungswert: 10,7% |
| 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 | 15.1 - Chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD ohne Tumor, Alter >19), Anteil Todesfälle |
| Ergebnis | Rate: 2,4% (Zähler: 4, Nenner: 168) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 4,2% |
| Vergleichswerte | Erwartungswert: 4,3% |
| 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: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 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: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 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: 96,6% (Zaehler: 144, Nenner: 149) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 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: 1,3% (Zähler: 2, Nenner: 149) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 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: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 230) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 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: 4,3% (Zaehler: 1, Nenner: 23) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 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: 3) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 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: 7) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 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: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 0) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 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% (Zähler: 0, Nenner: 0) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 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: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 0) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 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% (Zähler: 0, Nenner: 0) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 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% (Zähler: 0, Nenner: 0) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 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% (Zähler: 0, Nenner: 0) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 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% (Zähler: 0, Nenner: 0) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 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: 641) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 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: 0,46% (Zaehler: 2, Nenner: 435) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 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: 147) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 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: 87,0% (Zähler: 127, Nenner: 146) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 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% (Zähler: 0, Nenner: 50) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 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% (Zähler: 0, Nenner: 8) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 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% (Zähler: 0, Nenner: 130) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 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% (Zähler: 0, Nenner: 8) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 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: 6,3% (Zähler: 5, Nenner: 79) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 5,5% |
| Vergleichswerte | Erwartungswert: 6,4% |
| 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: 2,5% (Zähler: 2, Nenner: 81) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 5,3% |
| Vergleichswerte | Erwartungswert: 5,7% |
| 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 | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 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: 10,0% (Zaehler: 2, Nenner: 20) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 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: 30) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 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: 3,7% (Zaehler: 1, Nenner: 27) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 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% (Zähler: 0, Nenner: 135) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 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% (Zähler: 0, Nenner: 43) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 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: 35,5% (Zähler: 49, Nenner: 138) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 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: 11,9% (Zähler: 19, Nenner: 159) |
| Messzeitraum | 2018 |
| Datenerhebung | Routinedaten §21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenz-wert: 16,9% |
| Vergleichswerte | Erwartungswert: 17,8% |
| 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 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

| | Mindestmenge | Erbrachte Menge |
|--|--------------|-----------------|
| Kniegelenk-Totalendoprothesen | 50 | 110 |
| Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas | 10 | 15 |

C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

C-5.2.1 Gesamtergebnis der Prognosedarlegung

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt

Ja

Organsystem Pankreas

Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt

Ja

C-5.2.2 Leistungsmengen, die der Prognoseermittlung zu Grunde gelegt wurden

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Erreichte Leistungsmenge Berichtsjahr 2018:

110

Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge:

126

Organsystem Pankreas

Erreichte Leistungsmenge Berichtsjahr 2018:

15

Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge:

18

C-5.2.3 Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Das Krankenhaus wird die Mindestmenge im Prognosejahr auf Grund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreichen (bestätigte Prognose)

Ja

Organsystem Pankreas

Das Krankenhaus wird die Mindestmenge im Prognosejahr auf Grund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreichen (bestätigte Prognose)

Ja

C-5.2.4 Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Der Krankenhausträger hat unter Berufung auf den Ausnahmetatbestand nach § 7 Absatz 1 der Mindestmengenregelungen den Beginn der Leistungserbringung für das Prognosejahr den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen schriftlich mitgeteilt

Nein

Organsystem Pankreas

Der Krankenhausträger hat unter Berufung auf den Ausnahmetatbestand nach § 7 Absatz 1 der Mindestmengenregelungen den Beginn der Leistungserbringung für das Prognosejahr den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen schriftlich mitgeteilt

Nein

C-5.2.5 Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Die Landesbehörden haben eine Sondergenehmigung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (§ 136b Abs. 5 SGB V) erteilt

Nein

Organsystem Pankreas

Die Landesbehörden haben eine Sondergenehmigung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (§ 136b Abs. 5 SGB V) erteilt

Nein

C-5.2.6 Übergangsregelung

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Der Krankenhausträger ist aufgrund der Übergangsregelung nach § 8 der Mindestmengenregelungen zur Leistungserbringung berechtigt

Nein

Organsystem Pankreas

Der Krankenhausträger ist aufgrund der Übergangsregelung nach § 8 der Mindestmengenregelungen zur Leistungserbringung berechtigt

Nein

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 | 50 |
| 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] | 5 |
| 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] | 5 |

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Qualitätsstrategie des Klinikums Region Hannover

„Aus Verantwortung gemeinsam für gute Medizin“

Unser Selbstverständnis prägt auch die Qualitätsstrategie des Klinikverbundes. Wortortnah können Menschen die Einrichtungen nutzen und dabei von der Stärke und Vielfalt eines großen Klinikums profitieren. Die Vernetzung im Verbund spielt dabei eine bedeutende Rolle. Die Qualitätsstrategie des KRH fördert die Vernetzung und die Qualitätsverbindlichkeit.

So bedeutet die Anerkennung des KRH Klinikums Siloah als Fachzentrum durch das Land Niedersachsen eine Stärkung des Klinikverbundes und einen Mehrwert für alle Patienten des KRH. Der Standort verfügt seit Jahren über ein zertifiziertes, hochspezialisiertes Onkologisches Zentrum.

Für viele Organisationsbereiche standen in dem Jahr verschiedene Qualitätsprüfungen an. Die Zentralapotheke des Klinikverbundes hat erstmals das Zertifikat der internationalen Norm ISO 9001:2015 erreicht. Zuvor war die Apotheke seit 2009 nach den Standards der Apothekenkammer erfolgreich geprüft worden. Die neue Industrienorm setzt jedoch höhere Anforderungen zum Umgang mit Risiken an. Die Zentralapotheke begann bereits vor einigen Jahren mit gezielten Maßnahmen zum Medikationsmanagement in den KRH Krankenhäusern (z.B. Stationsapotheker/innen, die beim Einsatz von Medikamenten beraten). Auch hier ist die Vernetzung im Verbund sichtbar: das KRH Krankenhaushygieneinstitut und die Zentralapotheke gestalten gemeinsam Maßnahmen, um die die Qualität der Verordnung von Antiinfektiva zu verbessern. Unter anderem werden damit auch die Resistenzen gegen Antibiotika verringert werden. Multidisziplinäre Teams aus Ärzten und Apothekern arbeiten hier gebündelt für unsere Patienten zusammen.

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). Seit 2017 werden nun jährlich und fortlaufend die tatsächlichen Ergebnisse (z.B. Komplikations- und Sterblichkeitsraten) auf der Homepage der KRH Kliniken veröffentlicht. Zudem schauen sich medizinische Fachexperten, sogenannte Peers, direkt vor Ort die Abläufe und Prozesse an und zeigen Optimierungsmöglichkeiten auf. Im Berichtsjahr 2018 wurden drei KRH Standorte von IQ^M Peer besucht und bewertet. Insgesamt wurde in den drei Jahren der Mitgliedschaft vierzehn Peer Reviews in KRH Krankenhäusern durchgeführt. Der Austausch zwischen den Fachexperten am KRH sowie innerhalb des Klinikverbundes als auch in bundesweiten Qualitätsinitiativen unterstützt bei der zielführenden Gestaltung einer messbaren medizinischen und pflegerischen Behandlungsqualität. Die Qualitätserreichung hat sich in den somatischen Krankenhäusern des Klinikverbundes seitdem deutlich verbessert (IQM Gesamtwert 74,9%, KRH Gesamtwert 76,9% in 2018).

Die Digitalisierung ist auch im Gesundheitswesen ein relevanter und bedeutender Faktor. Das KRH arbeitet daran, moderne Medizin und vernetzte Kommunikation für die Patientensicherheit einzusetzen/umzusetzen.

Ein Einsatzgebiet ist beispielsweise die Digitalisierung von Patientenakten. Hier werden Mitarbeitende von zeitraubenden Tätigkeiten entlastet (z. B. Suchen von Befunden). Zudem sind die sichere digitale (da lesbare) Speicherung der Medikation oder der Wegfall von Doppeldokumentation wesentliche Aspekte dabei. Ein weiterer Einsatzbereich ist in der Pathologie. In unserem Institut können europaweit Zweitmeinungen von führenden Spezialisten sehr schnell eingeholt werden, was für die Patientenversorgung vorteilhaft ist.

Die Digitalisierung soll die menschliche Zuwendung nicht ersetzen, sie hilft jedoch bei Verbesserung der Patientenversorgung und Patientensicherheit. Sie ermöglicht das Fachwissen von Experten dort wirksam werden zu lassen, wo es der Betroffene in der Region gerade benötigt.

D-2 Qualitätsziele

Aus den übergreifenden Unternehmenszielen, aber insbesondere auch aus den individuellen Schwerpunkten der jeweiligen Kliniken leiten sich die hochwertigen 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 den 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 patientenzentrierte Prozessorientierung 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
Gesellschaft und Umwelt
Nutzen der unternehmenseigenen Expertise zum Aufbau eines Netzwerks mit spezialisierten Zentren zur Sicherstellung der wohnortnahen stationären Krankenversorgung

D-3 Aufbau des einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements

Die Geschäftsführung des Klinikum Region Hannover unterstützt aktiv das Qualitätsmanagement.
Im Klinikum Großburgwedel ist die Ärztliche Direktorin direkte Vorgesetzte der QMB. Das operative Geschäft in der Stabstelle QM wird von der Qualitätsmanagementbeauftragten durchgeführt.

Die Aufgaben der QM-Beauftragten sind:

Verantwortlich und weisungsbefugt in allen Fragen des Qualitätsmanagements

Unterstützung bei der Entwicklung, Einführung und Umsetzung des

Qualitätsmanagementsystems DIN EN ISO 9001

Begleitung von Zertifizierungsverfahren der Orgazentren und des

Qualitätsmanagementsystems

Feststellen von Qualitätsproblemen

Empfehlung und Veranlassung von Problemlösungen, Umsetzung und Überprüfung in

Rücksprache mit der ärztlichen Direktion.

1. Begleitung von Projekten
2. Durchführung von internen Audits

3. Ansprechpartner für die Zertifizierungsgesellschaften
4. Regelmäßige Information des Beauftragten der obersten Leitung über QM Themen und Stand der Wirksamkeit des QM Systems

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Beschwerdemanagement

Es ist ein Beschwerdemanagement für Patienten, Mitarbeiter und weitere Anspruchsgruppen eingeführt. Patienten und Angehörige haben die Möglichkeit, ihre Beschwerden über ein Softwaretool über das Internet, per Brief, speziell eingerichtete Beschwerde-Hotline telefonisch oder persönlich abzugeben. Diese werden von den Beschwerdekordinatoren bearbeitet. Externe Nutzer des Angebotes finden die Kontaktdaten und den Zugang zum Meldeformular (<https://www.krh.de/lob-tadel>) für Beschwerden auf der Internetseite des Klinikum Region Hannover.

Außerdem ist ein Briefkasten für „Lob und Tadel“ an zentralen Stellen eingerichtet, der zur Abgabe von Beschwerden für alle o.g. Anspruchsgruppen zur Verfügung steht.

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. Im Pflegedienst sind in jedem Bereich Hygieneansprechpartner benannt. 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. Eine Einweisung von neuen Mitarbeitern in die Hygienevorschriften erfolgt im Rahmen der strukturierten Einarbeitung. Eine laufende Unterweisung der Mitarbeiter zu Hygienemaßnahmen findet im Rahmen der durch die Fort- und Weiterbildung angebotenen Schulungen, durch Rundschreiben und ggf. Stationsbesuche statt.

Interne Audits

Das Klinikum führt regelmäßig Interne Audits durch. Diese dienen zur Überwachung der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems und stellen ein unabhängiges, systematisches Hilfsmittel zur Untersuchung aller qualitätsbezogenen Tätigkeiten und der damit verbundenen Ergebnisse dar.

Durch die Audits werden die Funktion und die Einhaltung der Regeln des Qualitätsmanagements regelmäßig überprüft. Gleichzeitig werden Umsetzung und Wirksamkeit der formulierten Qualitätsziele geprüft. Sie dienen außerdem dazu, vorhandene Schwachstellen sowie etwaige Defizite zu erkennen und gegebenenfalls Verbesserungen zu veranlassen und durchzuführen.

Patientenbefragungen

In folgenden Bereichen finden kontinuierliche Patientenbefragungen statt:

1. Aufnahme-und Untersuchungszentrum
2. Brustzentrum
3. Prostatakarzinomzentrum
4. EndoProthetikZentrum
5. Geburtshilfe

Morbiditäts- und Mortalitätsbesprechungen

Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen (M&M) werden als strukturiertes Verfahren zur Verbesserung der Behandlungsqualität eingesetzt. In den M&M werden definierte Behandlungsfälle im interdisziplinären und ggf. interprofessionellen Team vorgestellt, analysiert und mit Maßnahmen belegt. Es werden dabei gezielt (stichprobenhaft) gewählte

Einzelfälle oder auch Fallserien retrospektiv herangezogen.

Im Focus der Betrachtung stehen Behandlungsfälle mit Komplikationen oder kritischen Verläufen und (unklare, unerwartete) Sterbefälle. Ebenso können für die Konferenzvorstellung besonders gute Fälle demonstriert werden (best practice)

Ziele dieser Konferenzen sind

1. sachliche Aufbereitung mit kritischer Distanz, fachlicher Kompetenz und kollegialer Wertschätzung
2. Erkennung und Beurteilung von Schnittstellenfunktionen im Behandlungsablauf
3. Erkennung und Beurteilung von Systemkomponenten im Behandlungsablauf
4. Festlegung und Durchführung von Maßnahmen zur Beseitigung von entdeckten Störungen und
5. Nutzen der M&M Konferenz als Teil eines lernenden Systems der Verbesserung.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Regelmäßige, geplante Bewertung des Qualitätsmanagementsystems ist eine der Aufgaben des Direktoriums. Diese findet jährlich statt.

Zur jährlichen Managementbewertung werden u.a. folgende Eingaben genutzt:

Überprüfung von QM Dokumenten auf Aktualität

Rückmeldung von Patientenfragebögen

Ableiten von Maßnahmen bei Beschwerden

Erteilung von notwendigen Projektaufträgen

Durchführung von internen und externen Audits und Ableiten von Maßnahmen