KRH Klinikum Siloah

Aus Verantwortung gemeinsam
für gute Medizin.

KRH Klinikum Siloah

Strukturierter Qualitätsbericht

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

2020

Zertifikat seit 2010
audit berufundfamilie

Unternehmen der
Region Hannover

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

DIREKTORIUM
KRH Klinikum Siloah

Geschäftsführender Direktor
Michael Schmitt
Sekretariat: B. Gleißner
Telefon: (0511) 927 6021
Fax: (0511) 927 97 6020
E-Mail: michael.schmitt@krh.de

Ärztlicher Direktor
Dr. med. Michael Stufler
Sekretariat: B. Gleißner
Telefon: (0511) 927 6010
Fax: (0511) 927 97 6010
E-Mail: michael.stufler@krh.de

Pflegedirektorin
Bärbel Krauthoff
Telefon: (0511) 927 6031
Fax: (0511) 927 97 6020
E-Mail: baerbel.krauthoff@krh.de

KLINIKEN
KRH Klinikum Siloah

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und minimalinvasive Chirurgie

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

Klinik für Gastroenterologie, interventionelle Endoskopie, Diabetologie und Akutgeriatrie

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

Klinik für Hämatologie, Onkologie und Immunologie

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

KLINIKEN
KRH Klinikum Siloah

Klinik für Kardiologie, Rhythmologie und internistische Intensivmedizin

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

Klinik für Nephrologie, Angiologie und Rheumatologie

Chefarzt:
Prof. Dr. med. Jan Jakob Menne
Telefon: (0511) 927 2400
Fax: (0511) 927 97 2400
E-Mail: jan.menne@krh.de

Klinik für Palliativmedizin

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

KLINIKEN
KRH Klinikum Siloah

Klinik für Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin

Chefarzt:
Prof. Dr. med. Thomas Fühner
Telefon: (0511) 927 2500
Fax: (0511) 927 97 2500
E-Mail: thomas.fuehner@krh.de

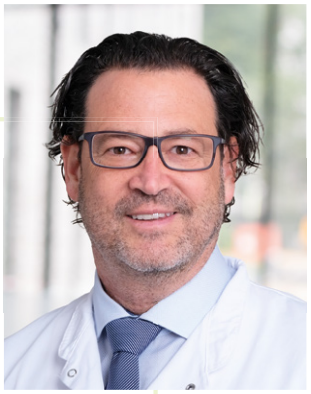
Klinik für Thorax- und Gefäßchirurgie

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

Klinik für Frauenheilkunde

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

KLINIKEN
KRH Klinikum Siloah



Klinik für Urologie

Chefarzt:
Prof. Dr. med. univ. Alexandre E. Pelzer, MBA
Telefon: (0511) 927 3200
Fax: (0511) 927 97 3200
E-Mail: alexandre.pelzer@krh.de

Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin

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

Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

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

Die 10 Standorte des KRH Klinikums Region Hannover

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

Strukturierter Qualitätsbericht

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

für das

Berichtsjahr 2020

KRH Klinikum Siloah

Dieser Qualitätsbericht wurde am 6. Oktober 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	9
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	9
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	10
A-9	Anzahl der Betten	14
A-10	Gesamtfallzahlen	14
A-11	Personal des Krankenhauses	15
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	25
A-13	Besondere apparative Ausstattung	43
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	45
B	**Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen**	**47**
B-1	Kardiologie, Rhythmologie, internistische Intensivmedizin	47
B-2	Hämatologie, Onkologie und Immunologie	55
B-3	Gastroenterologie, Endoskopie, Diabetologie und Akutgeriatrie	62
B-4	Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin	70
B-5	Allgemein-, Viszeral- und minimalinvasive Chirurgie	81
B-6	Gefäßchirurgie	91

B-7 Thoraxchirurgie 99
B-8 Urologie 107
B-9 Frauenheilkunde 116
B-10 Anästhesiologie und operative Intensivmedizin 123
B-11 Diagnostische und Interventionelle Radiologie 128
B-12 Palliativmedizin 134
B-13 Nephrologie, Angiologie und Rheumatologie 138
C Qualitätssicherung 147
C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 147
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V 147
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V 147
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung 147
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V 166
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V 169
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 169
C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr 169
D Qualitätsmanagement 173
D-1 Qualitätspolitik 173
D-2 Qualitätsziele 174
D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements 174
D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements 175
D-5 Qualitätsmanagement-Projekte 177
D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements 197

- Einleitung

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

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts	
Funktion	Ärztlicher Direktor KRH Klinikum Mitte
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Michael Stufler
Telefon	0511/927-6010
Fax	0511/927-976010
E-Mail	michael.stufler@krh.eu

Weiterführende Links
Link zur Internetseite des Krankenhauses:
Link zu weiterführenden Informationen:

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2020 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2020 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht.

Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2020 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus	
Krankenhausname	KRH Klinikum Siloah
Hausanschrift	Stadionbrücke 4 30459 Hannover
Zentrales Telefon	0511/927-0
Fax	0511/927-977000
Zentrale E-Mail	Info.Siloah@krh.eu
Institutionskennzeichen	260321781
Standortnummer aus dem Standortregister	772721
Standortnummer (alt)	00
URL	https://www.krh.de/

Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Michael Stufler
Telefon	0511/927-6010
Fax	0511/927-986020
E-Mail	michael.stufler@krh.eu

Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin	
Funktion	Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name	Frau Bärbel Krauthoff
Telefon	0511/927-6031
Fax	0511/927-976020
E-Mail	baerbel.krauthoff@krh.eu

Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin	
Funktion	Geschäftsführender kaufmännischer Direktor
Titel, Vorname, Name	Herr Michael Schmitt
Telefon	0511/927-6021
Fax	0511/927-976020
E-Mail	michael.schmitt@krh.eu

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger	
Name	KRH Klinikum Region Hannover
Art	Öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhausart	
Krankenhausart	Akademisches Lehrkrankenhaus
Universität	Medizinische Hochschule Hannover

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Psychiatrie	
Psychiatrisches Krankenhaus	Nein
Regionale Versorgungsverpflichtung	Nein

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP04	Atemgymnastik/-therapie
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker
MP14	Diät- und Ernährungsberatung
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
MP21	Kinästhetik
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
MP24	Manuelle Lymphdrainage
MP27	Musiktherapie
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
MP37	Schmerztherapie/-management
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen
MP45	Stomatherapie/-beratung
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
MP54	Asthmaschulung
MP63	Sozialdienst
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
MP51	Wundmanagement
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen
MP40	Spezielle Entspannungstherapie

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		
NM40	Empfangs- und Begleitdienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besuchern durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter		wird angeboten
NM42	Seelsorge		
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		"Montagsvisite" als Informationsveranstaltung zu verschiedenen medizinischen Themen der Fachkliniken und Kultur im SOH jeden ersten Mittwoch im Monat, ausgesetzt in 2020
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)		Eingang auf religiöse und kulturelle Gewohnheiten

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen	
Funktion	Inklusionsbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Frau Christine Kretzschmar
Telefon	0511/906-7551
Fax	0511/906-7759
E-Mail	christine.kretzschmar@krh.eu

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF21	Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF24	Diätische Angebote
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	Kl Anästhesiologie und Intensivtherapie Kl Allgemein- und Viszeralchirurgie Kl Gastroenterologie Kl Kardiologie Kl Hämatologie und Onkologie Kl Urologie Kl Pneumologie Kl Palliativ Kl Nephrologie
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Alle Kliniken beteiligen sich an der Studienausbildung.
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	Kl Kardiologie Kl Pneumologie Kl Thorax - Gefäßchirurgie
FL05	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien	Kl Allgemein- und Viszeralchirurgie Kl Gastroenterologie Kl Hämatologie und Onkologie Kl Pneumologie

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien	KI Allgemein- und Viszeralchirurgie KI Gastroenterologie KI Kardiologie KI Hämatologie und Onkologie KI Urologie KI Diagnostische und Interventionelle Radiologie KI Pneumologie KI Nephrologie KI Thorax-Gefäßchirurgie
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien	KI Gastroenterologie KI Kardiologie KI Hämatologie und Onkologie KI Pneumologie KI Nephrologie
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher	KI Gastroenterologie KI Pneumologie KI Nephrologie KI Kardiologie
FL09	Doktorandenbetreuung	KI Kardiologie

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger	https://intranet.klk-h.de/standorte/krh-akademie-1/fachbereich-kompetenz-und-potentialentwicklung-1-1-1-1 Die Ausbildung wird seit 2020 durch die Ausbildung zur Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern ersetzt.
HB03	Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut	https://intranet.klk-h.de/standorte/krh-akademie-1/fachbereich-kompetenz-und-potentialentwicklung-1-1-1 Im Klinikum Region Hannover stehen zentral in der unternehmenseigenen Akademie Ausbildungsplätze zur Verfügung.
HB10	Hebamme und Entbindungspfleger	https://intranet.klk-h.de/standorte/krh-akademie-1/fachbereich-kompetenz-und-potentialentwicklung-1-1-1-1 Im Klinikum Region Hannover stehen zentral in der unternehmenseigenen Akademie Ausbildungsplätze zur Verfügung.

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB07	Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA)	https://intranet.klk-h.de/standorte/krh-akademie-1/fachbereich-kompetenz-und-potentialentwicklung-1-1-1-1 Im Klinikum Region Hannover stehen zentral in der unternehmenseigenen Akademie Ausbildungsplätze zur Verfügung. In den somatischen Standorten ist auch die praktische Ausbildung möglich.
HB18	Notfallsanitäterinnen und –sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)	Die Ausbildung wird nicht angeboten - jedoch stehen im Klinikum Region Hannover Plätze für den praktischen Einsatz zur Verfügung.

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB15	Anästhesietechnische Assistentin und Anästhesietechnischer Assistent (ATA)	Die Ausbildung wird ab 1.10.2021 in der KRH Akademie angeboten.
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	https://intranet.klk-h.de/standorte/krh-akademie-1/fachbereich-kompetenz-und-potentialentwicklung-1-1-1-1 Im Klinikum Region Hannover stehen zentral in der unternehmenseigenen Akademie Ausbildungsplätze zur Verfügung.
HB20	Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	Bachelorstudiengang Physiotherapie, Hebammenwissenschaft https://intranet.klk-h.de/standorte/krh-akademie-1/fachbereich-kompetenz-und-potentialentwicklung-1-1-1-1 Kooperationen mit: Hochschule Hannover, HAWK Hildesheim, Hochschule Osnabrück

A-9 Anzahl der Betten

Betten	
Betten	564

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	22798
Teilstationäre Fallzahl	304
Ambulante Fallzahl	19541

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 204,1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	204,1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	204,1	
Nicht Direkt	0	

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 107,28

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	107,28	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	107,28	
Nicht Direkt	0	

Davon Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind, in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 1,04

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,04	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,04	
Nicht Direkt	0	

Davon Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind, in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 1,04

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,04	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,04	
Nicht Direkt	0	

Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 0

Kommentar: trifft nicht zu

A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 482,23

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

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	468,67	
Ambulant	13,56	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	482,23	
Nicht Direkt	0	

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 2,51

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,51	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,51	
Nicht Direkt	0	

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 7

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7	
Nicht Direkt	0	

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5	
Nicht Direkt	0	

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 7

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3	
Nicht Direkt	0	

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 25

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	17	
Ambulant	8	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	25	
Nicht Direkt	0	

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

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

Anzahl Vollkräfte: 3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 15,86

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	15,86	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	15,86	
Nicht Direkt	0	

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 11,61

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11,61	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,61	
Nicht Direkt	0	

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Anzahl Vollkräfte: 2,41

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,41	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,41	
Nicht Direkt	0	

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Anzahl Vollkräfte: 2,92

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,92	Insgesamt werden zusätzlich 2,62 VK Casemanager für die Beratung eingesetzt.
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,92	
Nicht Direkt	0	

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Anzahl Vollkräfte: 2,76

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,76	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,76	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 9,11

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,11	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,11	
Nicht Direkt	0	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	
Funktion	Qualitätsmanagerin
Titel, Vorname, Name	Frau Carsta Seidel
Telefon	0511/927-7543
Fax	0511/927-976683
E-Mail	carsta.seidel@krh.eu

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Die Besprechungsfrequenz ist unterschiedlich.
Steuerungsgruppen bezüglich der Betriebsorganisation Siloah gesamt treffen sich aller 14 Tage
Steuerungsgruppen der Zentren 6 mal im Jahr
6 interdisziplinäre Qualitätszirkel im Jahr
4 pflegerische Qualitätszirkel im Jahr
Qualitätsmultiplikatorentreffen erfolgen aller 8 Wochen

Lenkungsgremium	
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	interdisziplinärer Qualitätszirkel, je Organkrebszentrum und im onkologisches Zentrum Interne Steuerungsgruppe, Berufsgruppenvertretungen Qualitätszirkel onkologische Fachpflege standortübergreifend im KRH Qualitätsmultiplikatoren Treffen Organisationsentwicklungstreffen
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Angaben zur Person	
Angaben zur Person	Eigenständige Position für Risikomanagement

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement	
Funktion	Risikomanagerin
Titel, Vorname, Name	Frau Stefanie Saffe
Telefon	0511/927-7542
Fax	0511/927-976683
E-Mail	stefanie.saffe@krh.eu

A-12.2.2 Lenkungsgremium

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

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: RM 01 Datum: 01.08.2016	schriftliches Verfahren liegt vor
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		Grundsätzlich finden abteilungsspezifische und übergreifende Programme statt.
RM03	Mitarbeiterbefragungen		Projekt ;HAlt" geben. Details unter D-4 Instrumente des Qualitätsmanagement
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Name: RM 04 Datum: 01.08.2016	Schriftliches beschriebendes Verfahren liegt vor

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM05	Schmerzmanagement	Name: RM 05 Datum: 01.08.2016	
RM06	Sturzprophylaxe	Name: RM 06 Datum: 01.08.2016	ist analog des WHO Standards eingeführt
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Name: RM 07 Datum: 01.08.2016	ist analog des WHO Standards eingeführt
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Name: RM 08 Datum: 01.08.2016	schriftlich beschriebenes Verfahren liegt vor
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Name: RM 09 Datum: 01.08.2016	ist analog der gesetzlichen Bestimmungen und intern als Verfahren geregelt
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	- Tumorkonferenzen - Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen - Palliativbesprechungen - Qualitätszirkel	finden regelmäßig ganzjährig statt
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		SOH einheitlicher Standard
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten		Arbeitsgrundlage ist eine erweiterte WHO Checkliste werden regelhaft verwendet
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust	Name: RM14 Datum: 01.08.2016	findet regelhaft statt
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Name: RM 15 Datum: 01.08.2016	werden geprüft und liegen vor

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechselungen	Name: RM 16 Datum: 01.08.2016	Verfahren ist in einem StOP geregelt
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Name: RM 17 Datum: 01.08.2016	StOP liegen vor
RM18	Entlassungsmanagement	Name: RM 18 Datum: 01.08.2016	schriftliches Verfahren liegt vor

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

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

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	25.07.2019
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	"bei Bedarf"

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Übergreifendes Fehlermeldesystem	
Übergreifendes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Nein

Nr.	Instrument und Maßnahme	Kommentar
EF00	Sonstiges	Nutzung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS)

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygienikern	1	0.5 VK Krankenhaushygienikerin ,ergänzt durch Direktor des IMK
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	14	In jeder Fachabteilung gibt es einen benannten Arzt. Krankenhaushygieniker und hygienebeauftragte Ärzte werden von den HFK und den Hygieneansprechpartnern in der Pflege unterstützt.
Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	3	
Hygienebeauftragte in der Pflege	26	In jeder Fachabteilung gibt es eine beauftragte Pflegekraft, die als Ansprechpartner benannt ist und regelhaft jeweils eine Vertretung.

Hygienekommission	
Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich

Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission	
Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Michael Stufler
Telefon	0511/927-3100
Fax	0511/92797-3100
E-Mail	michael.stufler@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 Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

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

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

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

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

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Im Jahr 2020 ist durch die Coronapandemie eine systematische Erfassung der HD Verbrauchs vor allem in Hinblick auf die Aufteilung „Allgemeinstation und Intensivstation“ nur erschwert möglich. Bisher wurden die HD Verbräuche je Fachabteilung nach Stationen geordnet, systematisch erfasst und je Patiententag berechnet.
Durch die weltweiten Lieferengpässe für Desinfektionsmittel war dieses Dokumentationssystem nicht mehr uneingeschränkt umsetzbar, da auch die Apotheke gezwungen war, nach Vorgaben der WHO eigene HD -Mittel herzustellen. Diese wurden natürlich ebenfalls mengenmäßig erfasst, aber in anderen Gebinden abgefüllt und aus organisatorischen Gründen nur einer bzw. zwei zentralen Logistikstellen jeder Klinik zugeordnet, von der aus die einzelnen Fachabteilungen versorgt wurden. Dadurch sind die Verbrauchsdaten mit der Unterteilung „Allgemeinstation“ und „Intensivstation“ für 2020 nicht mit den Werten aus dem Jahr 2019 vergleichbar. Siehe auch den Link: http://www.krh.de/das-krh/aktuelle-meldungen/lehren-aus-der-krise

Händedesinfektionsmittelverbrauch	
Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	60,00 ml/Patiententag
Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	102,10 ml/Patiententag
Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs	Teilweise

A-12.3.2.5 Umgang mit Patientinnen und 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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang	
Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren	Ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
HM01	Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten	URL: http://www.krankenhausspiegel-hannover.de/startseite/	SGB V, § 137 Krankenhausspiegel Hannover
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	ITS-KISS	Intensivstation und Weaning- Station
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name: MRSA-Plus Netzwerk	MRSA Netzwerk
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Teilnahme (ohne Zertifikat)	Internes Konzept: "Qualitätsziel Händehygiene" seit 2007
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		Findet analog der gesetzlichen und intern festgelegten Verfahren statt.
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		Finden regelmäßig mehfach im Jahr statt und bei Bedarf.

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja	Die Anliegen gehen bei Beschwerdekoordinatoren ein, werden strukturiert erfasst und direkt bearbeitet. Die Kontaktdaten sind im Internet und Intranet des Unternehmens bekannt gegeben. Auf Ebene des Klinikverbundes wird im zentralen Qualitäts- und Risikomanagement eine systematische Weiterentwicklung des dezentralen Beschwerdemanagements sichergestellt.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja	Es existierte ein schriftlich geregeltes Verfahren zum patientennahen Beschwerdemanagement im Klinikverbund KRH. Dieses Vorgehen umfasst alle benannten Phasen von der Beschwerdestimulation bis zur Beschwerdeauswertung.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja	Jedes mündlich vorgetragene Anliegen wird vertrauensvoll im Beschwerdemanagement behandelt. Im Jahr 2020 wurde zu rund 15 % der Vorgänge die telefonische oder persönliche Kontaktaufnahme gewählt.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja	Das Verfahren zum Umgang mit schriftlichen Beschwerden ist geregelt. Die Anliegen im Zentralen Beschwerdemanagement wurden in 2020 zu 85 % schriftlich vorgetragen.

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

Regelmäßige Einweiserbefragungen	
Durchgeführt	Ja
Link	
Kommentar	Im Rahmen der zertifizierten Zentren, finden Einweiserbefragungen statt.

Regelmäßige Patientenbefragungen	
Durchgeführt	Ja
Link	
Kommentar	Dreimal jährlich werden monatliche Patientenbefragungen durchgeführt.

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden	
Möglich	Ja
Link	http://www.krh.eu
Kommentar	Es sind anonyme Eingaben in das Zentrale Beschwerdemanagement möglich. Diese Form wurde in 2020 allerdings wenig genutzt, da die Meldenden in der Regel an einer aktiven Rückmeldung interessiert sind.

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement	
Funktion	Leitung Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Frau Carsta Seidel
Telefon	0511/927-7543
E-Mail	carsat.seidel@krh.eu

Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements	
Link zum Bericht	http://www.krh.eu
Kommentar	Ansprechpartner für den Bereich ist Frau Carsta Seidel

Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher

Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher	
Funktion	Patientenfürsprecher
Titel, Vorname, Name	Herr Dr. med. Dietrich Storp
Telefon	0511/906-1515
E-Mail	Patientenfuersprecher.SOH@extern.krh.eu

Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprechern	
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	3
Weiteres pharmazeutisches Personal	0

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z. B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt, bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat. Die folgenden Aspekte können, ggf. unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden:
Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese: Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung

auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ursprünglichen Medikation des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.
Medikationsprozess im Krankenhaus: Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen:
Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung. Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z.B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u.Ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.
Entlassung: Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte, sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen		
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)		
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	- Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs - Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen - Aushändigung des Medikationsplans - bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten	
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)		
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)		AIDKlinik (R)

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	- 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.
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	- 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.	
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln		
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	- Fallbesprechungen - Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung - Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) - Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)	

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA01	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja	Gerät am Standort verfügbar.
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	Gerät am Standort verfügbar.
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Nein	Gerät (e) und Versorgungsleistung im Klinikverbund verfügbar.
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja	Gerät am Standort verfügbar.
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie/-unterstützung		Ja	Gerät am Standort verfügbar.
AA18	Hochfrequenzthermotherapiegerät	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	-	Gerät am Standort verfügbar.
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	-	Gerät am Standort verfügbar.
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Ja	Gerät am Standort verfügbar.
AA23	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	-	Gerät am Standort verfügbar.
AA32	Szintigraphiescanner/Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten	-	Gerät am Standort verfügbar.
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	-	Gerät am Standort verfügbar.

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung im Klinikverbund KRH verfügbar.
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinster elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	-	Gerät am Standort verfügbar.
AA47	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung im Klinikverbund KRH verfügbar.
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	-	Gerät am Standort verfügbar.
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	-	Gerät am Standort verfügbar.
AA68	Offener Ganzkörper-Magnetresonanztomograph		Ja	Gerät am Standort verfügbar.
AA69	Linksherzkatheterlabor	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	Ja	Gerät am Standort verfügbar

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA70	Behandlungsplatz für mechanische Thrombektomie bei Schlaganfall	Verfahren zur Eröffnung von Hirngefäßen bei Schlaganfällen	Ja	Gerät am Standort verfügbar.
AA71	Roboterassistiertes Chirurgie-System	Operationsroboter	-	Anschaffung eine OP Roboters (Da Vinci) Mitte 2020, Klinik für Urologie.
AA72	3D-Laparoskopie-System	Kamerasystem für eine dreidimensionale Darstellung der Organe während der Operation	-	Kamerasystem für eine dreideminsionale Darstellung der Organ während der OP

Zusätzlich ist ein Hybrid OP vorhanden.

A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Stufe der Notfallversorgung des Krankenhauses	
Zugeordnete Notfallstufe	Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)
Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung	Nein

Umstand, der zu der Zuordnung des Krankenhauses zur Notfallstufe führt
Erfüllung der Voraussetzungen der Notfallstufe

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

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

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Kardiologie, Rhythmologie, internistische Intensivmedizin

B-1.1 Allgemeine Angaben Kardiologie, Rhythmologie, internistische Intensivmedizin

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

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Andreas Franke
Telefon	0511/927-2200
Fax	0511/92797-2200
E-Mail	andreas.franke@krh.eu
Straße/Nr	Stadionbrücke 4
PLZ/Ort	30449 Hannover
Homepage	https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/kardiologie-rhythmologie-und-internistische-intensivmedizin

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote Kardiologie, Rhythmologie, internistische Intensivmedizin

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Kardiologie, Rhythmologie, internistische Intensivmedizin	Kommentar
VI00	Mitralclip	In Kooperation mit dem Robert Koch Gehrden
VI00	PFO Verschluss	
VI00	Okkluder Vorhofohr	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Kardiologie, Rhythmologie, internistische Intensivmedizin	Kommentar
VI00	single und multiple Stents	2019 wurden gesamt 579 Patienten mit Stents versorgt
VI00	elektophysiologische Diagnostik	
VI00	Herzschrittmacher bzw. Defibrillatorimplantation	2019 gesamt 250 Implantationen
VI00	Aggregatwechsel bei einem Herzschrittmacher-System	
VI00	Revision /z.B. Systemwechsel/Explantation/Sondenrevision	
VI00	Herzkatheterlabor	
VI00	Assist Device-Impella, Unterstützung der Herzleistung	
VI00	ASD Verschluss	
VI00	Linksherzkatheter	initial radiale Durchführung: 1226 Fälle Fälle diagnostische und interventionelle Linksherzkatheter: 579 Fälle
VI00	Leistungszahlen Herzkatheterlabor	Verschlüsse von Vorhofseptum-Defekten mittels Katheter: 13 Fälle - davon PFO-Verschlüsse: 9 Fälle - davon ASD-Verschlüsse: 4 Fälle
VI00	Katheterablationen	2019 insgesamt: 238
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	Angio Seal Verschluss-System
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Kardiologie, Rhythmologie, internistische Intensivmedizin	Kommentar
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI20	Intensivmedizin	
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	
VI34	Elektrophysiologie	Micra kabelloser Schrittmacher
VX00	Notfallmedizin	
VX00	Perioperative Echokardiographie	
VX00	Ultraschallverfahren (gesteuerte Punktion und Regionalanästhesie)	

B-1.5 Fallzahlen Kardiologie, Rhythmologie, internistische Intensivmedizin

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	3515
Teilstationäre Fallzahl	0

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I50	558	Herzinsuffizienz
2	I21	557	Akuter Myokardinfarkt
3	I48	506	Vorhofflimmern und Vorhofflattern
4	I20	402	Angina pectoris
5	R07	366	Hals- und Brustschmerzen
6	I10	119	Essentielle (primäre) Hypertonie
7	I49	116	Sonstige kardiale Arrhythmien
8	I47	97	Paroxysmale Tachykardie
9	R55	77	Synkope und Kollaps
10	I44	76	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock

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	1-275	1114	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung
2	8-933	879	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie
3	8-837	808	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen
4	1-266	345	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt
5	3-052	299	Transösophageale Echokardiographie [TEE]
6	8-835	291	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen
7	1-265	205	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt
8	1-268	205	Kardiales Mapping
9	8-640	197	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus
10	8-642	197	Temporäre interne elektrische Stimulation des Herzrhythmus
11	8-152	194	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax
12	1-274	136	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung
13	8-771	97	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation
14	1-273	94	Rechtsherz-Katheteruntersuchung
15	8-144	87	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle

B-1.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-275	48	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung
2	5-378	36	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators
3	5-377	27	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 24,09

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	24,09	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	24,09	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 145,91117

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 13,08

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	13,08	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	13,08	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 268,73089

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF15	Intensivmedizin	Internistische

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 52,86

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	50,8	
Ambulant	2,06	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	52,86	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 69,19291

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1757,5

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 6

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4	
Ambulant	2	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 878,75

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	8 VK
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	4 VK
PQ18	Pflege in der Endoskopie	1 VK
PQ20	Praxisanleitung	3 VK
PQ21	Casemanagement	1 VK
PQ01	Bachelor	1 VK
PQ12	Notfallpflege	3 VK

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP08	Kinästhetik	8 VK

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-2 Hämatologie, Onkologie und Immunologie

B-2.1 Allgemeine Angaben Hämatologie, Onkologie und Immunologie

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

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Herr PD Dr. med. Dr. rer. nat Martin Müller
Telefon	0511/927-2300
Fax	0511/92797-2300
E-Mail	martin.mueller@krh.eu
Straße/Nr	Stadionbrücke 4
PLZ/Ort	30449 Hannover
Homepage	https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/haematologie-onkologie-und-immunologie

B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

B-2.3 Medizinische Leistungsangebote Hämatologie, Onkologie und Immunologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Hämatologie, Onkologie und Immunologie	Kommentar
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren	
VH19	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren	
VH20	Interdisziplinäre Tumornachsorge	
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	
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	
VI21	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation	
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	
VI27	Spezialsprechstunde	
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	
VI37	Onkologische Tagesklinik	Diagnostik und Therapie hämatologischer und onkologischer Patienten auf teilstationärer Basis.
VI38	Palliativmedizin	
VI40	Schmerztherapie	
VI42	Transfusionsmedizin	
VI45	Stammzelltransplantation	
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane	

B-2.5 Fallzahlen Hämatologie, Onkologie und Immunologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	2104
Teilstationäre Fallzahl	303

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C90	314	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen
2	C92	213	Myeloische Leukämie
3	C83	190	Nicht follikuläres Lymphom
4	C18	98	Bösartige Neubildung des Kolons
5	C16	84	Bösartige Neubildung des Magens
6	C25	82	Bösartige Neubildung des Pankreas
7	C91	81	Lymphatische Leukämie
8	C15	60	Bösartige Neubildung des Ösophagus
9	C34	52	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
10	C50	51	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]

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	8-542	850	Nicht komplexe Chemotherapie
2	8-522	499	Hochvoltstrahlentherapie
3	8-547	482	Andere Immuntherapie
4	6-001	425	Applikation von Medikamenten, Liste 1
5	8-543	392	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie
6	6-002	368	Applikation von Medikamenten, Liste 2
7	1-424	317	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark
8	1-710	137	Ganzkörperplethysmographie
9	6-004	123	Applikation von Medikamenten, Liste 4
10	1-711	111	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität
11	6-009	101	Applikation von Medikamenten, Liste 9

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
12	8-527	99	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
13	6-005	88	Applikation von Medikamenten, Liste 5
14	8-544	86	Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie
15	8-144	71	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle
16	8-528	69	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie

B-2.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
8-542	850	Nicht komplexe Chemotherapie
8-543	392	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie
8-547	482	Andere Immuntherapie
8-522	499	Hochvoltstrahlentherapie
8-544	86	Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-2.11 Personelle Ausstattung

B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 10,26

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,26	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,26	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 205,06823

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,78

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,78	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,78	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 440,16736

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ30	Innere Medizin und Pneumologie
AQ27	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
AQ23	Innere Medizin
AQ63	Allgemeinmedizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF30	Palliativmedizin
ZF11	Hämostaseologie

B-2.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 44,12

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	39,12	
Ambulant	5	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	44,12	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 53,78323

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2104

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	1	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2104

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	2 VK
PQ07	Pflege in der Onkologie	4 VK
PQ01	Bachelor	1 VK

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP08	Kinästhetik	4 VK

B-2.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-3 Gastroenterologie, Endoskopie, Diabetologie und Akutgeriatrie

B-3.1 Allgemeine Angaben Gastroenterologie, Endoskopie, Diabetologie und Akutgeriatrie

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

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Ahmed Madisch
Telefon	0511/927-2100
Fax	0511/927-972100
E-Mail	ahmed.madisch@krh.eu
Straße/Nr	Stadionbrücke 4
PLZ/Ort	30449 Hannover
Homepage	https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/gastroenterologie-interventionelle-endoskopie-diabetologie-und-akutgeriatrie

B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

B-3.3 Medizinische Leistungsangebote Gastroenterologie, Endoskopie, Diabetologie und Akutgeriatrie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Gastroenterologie, Endoskopie, Diabetologie und Akutgeriatrie	Kommentar
VI00	Probe Innere Leistungen gesamt 2014	
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
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	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Gastroenterologie, Endoskopie, Diabetologie und Akutgeriatrie	Kommentar
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	
VI27	Spezialsprechstunde	Refluxsprechstunde
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	
VI35	Endoskopie	ERC, Gastroskopie, Koloskopie, Enteroskopie, Cholangioskopie, Proktoskopie, Endosonographie, Kapselendoskopie, Manometrie, pH-Metrie
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	
VR06	Endosonographie	

B-3.5 Fallzahlen Gastroenterologie, Endoskopie, Diabetologie und Akutgeriatrie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	3016
Teilstationäre Fallzahl	0

B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-3.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	E11	324	Diabetes mellitus, Typ 2
2	K80	218	Cholelithiasis
3	K29	120	Gastritis und Duodenitis
4	K57	120	Divertikulose des Darmes
5	K22	119	Sonstige Krankheiten des Ösophagus

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
6	F10	103	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
7	D12	94	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus
8	K21	92	Gastroösophageale Refluxkrankheit
9	K92	82	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems
10	K70	78	Alkoholische Leberkrankheit

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	1-632	2053	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
2	1-650	1119	Diagnostische Koloskopie
3	5-513	953	Endoskopische Operationen an den Gallengängen
4	9-984	930	Pflegebedürftigkeit
5	3-035	874	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung
6	1-440	725	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
7	1-640	435	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege
8	3-056	366	Endosonographie des Pankreas
9	3-055	361	Endosonographie der Gallenwege und der Leber
10	5-469	319	Andere Operationen am Darm

B-3.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-650	6	Diagnostische Koloskopie
2	5-377	< 4	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders
3	5-452	< 4	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-3.11 Personelle Ausstattung

B-3.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 21,25

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	21,25	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	21,25	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 141,92941

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 13,95

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	13,95	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	13,95	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 216,20072

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

B-3.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 62,1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	60,1	
Ambulant	2	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	62,1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 50,18303

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1005,33333

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 4

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3	
Ambulant	1	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1005,33333

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	3 Vollkräfte
PQ01	Bachelor	1 VK

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	4 Vollkräfte
ZP07	Geriatrie	3 Vollkräfte
ZP08	Kinästhetik	4 Vollkräfte
ZP16	Wundmanagement	3,2 Vollkräfte
ZP03	Diabetesberatung (DDG)	0,78 Vollkraft
ZP06	Ernährungsmanagement	0,5

B-3.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-4 Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin

B-4.1 Allgemeine Angaben Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin

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

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Herr Prof. Dr. med. Thomas Fühner
Telefon	0511/927-2501
Fax	0511/927-972500
E-Mail	thomas.fuehner@krh.eu
Straße/Nr	Stadionbrücke 4
PLZ/Ort	30449 Hannover
Homepage	https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/pneumologie-intensiv-und-schlafmedizin

B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

B-4.3 Medizinische Leistungsangebote Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin	Kommentar
VH24	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen	Schlucktraining (Team Weaningzentrum)
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	Echokardiografie des rechten Herzen Rechtsherzkatheteruntersuchung
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	insbesondere Behandlung von Lungenentzündungen, Lungentuberkulose sowie COPD Spezialgebiet: endoskopische Verfahren zur Volumenreduktion (Ventilimplantation, Coilimplantation)
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	insbesondere Therapie des Pleuraergusses (passagere und dauerhafte Drainage, Thorakoskopie)
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	mit Lungenbeteiligung
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	gut- und bösartige Tumore der Atemwege und der Pleura sowie des Mediastinum
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	insbesondere virale und bakterielle Pneumonien Tuberkulose der Atmungsorgane, der Lymphknoten und sonstiger Organsysteme

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin	Kommentar
VI21	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation	Transplantationspatienten im Weaningzentrum (Entwöhnung von der invasiven Langzeitbeatmung)
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	Diagnostik und Therapie von Allergien
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	intensivmedizinische Therapie der Sepsis inkl. Multiorganversagen (invasive Beatmung,extrakorporale Lungenersatzverfahren)
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin	akkredidiertes Schlaflabor der Deutschen Gesellschaft für Schlafmedizin
VI35	Endoskopie	diagnostische Punktionen/Probeentnahmen Tumorabtragung durch Kälte-/Laserverfahren Stenteinlagen in Trachea/Bronchien endoskopische Lungenvolumenreduktion (Ventilimplantation) internistische Thorakoskopie
VI38	Palliativmedizin	
VI39	Physikalische Therapie	

B-4.5 Fallzahlen Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	4879
Teilstationäre Fallzahl	0

B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-4.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C34	949	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
2	J44	615	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
3	J96	561	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert
4	G47	517	Schlafstörungen
5	J15	206	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert
6	J12	195	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert
7	D38	129	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens des Mittelohres, der Atmungsorgane und der intrathorakalen Organe
8	J22	73	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet
9	J84	71	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten
10	J69	56	Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen
11	C78	53	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
12	J06	50	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege
13	C45	47	Mesotheliom
14	I26	44	Lungenembolie
15	A15	43	Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert

B-4.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-4.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-710	1727	Ganzkörperplethysmographie
2	1-715	1581	Sechs-Minuten-Gehtest nach Guyatt
3	1-711	1336	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität
4	1-791	1022	Kardiorespiratorische Polygraphie
5	8-716	854	Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung
6	1-790	644	Polysomnographie
7	8-144	495	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle
8	3-05f	491	Transbronchiale Endosonographie

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
9	1-426	489	(Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren
10	1-430	482	Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen
11	8-717	332	Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen
12	8-543	255	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie
13	1-844	237	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle
14	8-542	220	Nicht komplexe Chemotherapie
15	8-980	163	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
16	8-547	153	Andere Immuntherapie
17	8-98g	152	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern

B-4.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-4.11 Personelle Ausstattung

B-4.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 30,96

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	30,96	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	30,96	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 157,59044

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 13,07

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	13,07	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	13,07	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 373,29763

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin
ZF39	Schlafmedizin
ZF30	Palliativmedizin

B-4.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 103,65

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	101,65	
Ambulant	2	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	103,65	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 47,99803

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,51

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,51	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,51	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1943,8247

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 4879

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 4879

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 4

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2	
Ambulant	2	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2439,5

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	15 Vollkräfte
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	3 Vollkräfte
PQ07	Pflege in der Onkologie	1 Vollkräfte
PQ01	Bachelor	1 VK

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP08	Kinästhetik	5 Vollkräfte
ZP20	Palliative Care	1
ZP22	Atmungstherapie	3

B-4.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-5 Allgemein-, Viszeral- und minimalinvasive Chirurgie

B-5.1 Allgemeine Angaben Allgemein-, Viszeral- und minimalinvasive Chirurgie

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

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr.med. Julian Mall
Telefon	0511/927-3100
Fax	0511/927-3101
E-Mail	julian.mall@krh.eu
Straße/Nr	Stadionbrücke 4
PLZ/Ort	30449 Hannover
Homepage	https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/allgemein-viszeral-und-minimalinvasive-chirurgie

B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

B-5.3 Medizinische Leistungsangebote Allgemein-, Viszeral- und minimalinvasive Chirurgie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Allgemein-, Viszeral- und minimalinvasive Chirurgie	Kommentar
VC00	Besondere Ausstattung	Hybrid OP, 3D MIC Turm, HD MIC Turm
VC21	Endokrine Chirurgie	Endokrine Tumore des Gastrointestinaltrakts und der Nebennieren, minimal-invasive Adrenalektomie, (Neben-)Schilddrüsenchirurgie mit Neuromonitoring
VC22	Magen-Darm-Chirurgie	Behandlung sämtlicher Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes so weit als möglich minimal-invasiv Fachübergreifende Therapie chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie	Sämtliche Verfahren für die Therapie von primären und sekundären Lebertumoren sowie gutartigen Lebererkrankungen Organkrebszentrum Pankreas und Leber Sämtliche Verfahren zur Behandlung von Gallen-(gangs) erkrankungen

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Allgemein-, Viszeral- und minimalinvasive Chirurgie	Kommentar
VC24	Tumorchirurgie	Operative Komponenten des zertifizierten: - Onkologischen, - Darmkrebszentrums, - Pankreaszentrum - Leberzentrum Hepatobiliäre Chirurgie bei primären/sekundären Lebertumoren Intraperitoneale Chemotherapie bei ausgewählten Fällen von Peritonealkarzinose Minimal-invasive Tumorchirurgie
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	Sämtliche minimal-invasiv durchführbaren Eingriffe des Magen-Darm-Traktes nach individueller Indikationsstellung, dabei insbesondere kolorektale Chirurgie (tiefe Rektumresektionen, Hemikolektomie rechts), Pankreaslinksresektion
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	Total endoskopische iliaco-inguinale und axilläre Lymphdissektion, Hernienchirurgie (TEPP+IPOM), kombinierte endoskopisch-laparoskopische Resektionen bei Frühkarzinomen und Vorstufen (Magen/Kolon)

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Allgemein-, Viszeral- und minimalinvasive Chirurgie	Kommentar
VC58	Spezialsprechstunde	Allgemeine onkologische Chirurgie Kolorektale Karzinome Leberchirurgie Pankreaschirurgie Peritonealkarzinose Hernienchirurgie Endokrine/allgemeine viszeralchirurgische Chirurgie Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
VC62	Portimplantation	In enger Kooperation mit dem Onkologischen Zentrum.
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	Interdisziplinäre perioperative Intensivstation unter anästhesiologischer Führung

B-5.5 Fallzahlen Allgemein-, Viszeral- und minimalinvasive Chirurgie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1720
Teilstationäre Fallzahl	0

B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-5.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	K40	267	Hernia inguinalis
2	K80	208	Cholelithiasis
3	K35	110	Akute Appendizitis
4	K56	108	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie
5	C78	78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
6	K57	73	Divertikulose des Darmes
7	K43	72	Hernia ventralis

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
8	C20	57	Bösartige Neubildung des Rektums
9	C18	51	Bösartige Neubildung des Kolons
10	L02	35	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel
11	K61	31	Abszess in der Anal- und Rektalregion
12	K42	30	Hernia umbilicalis
13	R10	29	Bauch- und Beckenschmerzen
14	T81	28	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert
15	C22	26	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge

B-5.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
C20	57	Bösartige Neubildung des Rektums
C18	51	Bösartige Neubildung des Kolons
C78	78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
C22	26	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
C22.0	16	Leberzellkarzinom
C25.0	16	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf
C23	11	Bösartige Neubildung der Gallenblase
C24.1	5	Bösartige Neubildung: Ampulla hepatopancreatica [Ampulla Vateri]
K80	208	Cholelithiasis
K35	110	Akute Appendizitis
K57	73	Divertikulose des Darmes
K43	72	Hernia ventralis

B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-5.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-916	904	Temporäre Weichteildeckung
2	5-541	713	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums
3	5-469	396	Andere Operationen am Darm
4	5-511	384	Cholezystektomie
5	5-530	272	Verschluss einer Hernia inguinalis
6	8-176	270	Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
7	8-192	186	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde
8	5-865	147	Amputation und Exartikulation Fuß
9	5-455	144	Partielle Resektion des Dickdarmes
10	5-545	144	Verschluss von Bauchwand und Peritoneum
11	8-179	137	Andere therapeutische Spülungen
12	5-467	136	Andere Rekonstruktion des Darmes
13	8-144	136	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle
14	5-399	128	Andere Operationen an Blutgefäßen
15	5-470	125	Appendektomie

B-5.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-502	117	Anatomische (typische) Leberresektion
5-455	144	Partielle Resektion des Dickdarmes
5-511	384	Cholezystektomie
5-470	125	Appendektomie
5-484.35	22	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Anteriore Resektion: Laparoskopisch mit Anastomose
5-524.2	27	Partielle Resektion des Pankreas: Pankreaskopfresektion, pyloruserhaltend
5-524.00	11	Partielle Resektion des Pankreas: Linksseitige Resektion (ohne Anastomose): Offen chirurgisch
5-530	272	Verschluss einer Hernia inguinalis
5-536.0	26	Verschluss einer Narbenhernie: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss
5-536.46	24	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit Onlay-Technik

B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-399	64	Andere Operationen an Blutgefäßen
2	5-852	17	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie
3	5-897	4	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis
4	5-401	< 4	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße
5	5-491	< 4	Operative Behandlung von Analfisteln
6	5-492	< 4	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals
7	5-534	< 4	Verschluss einer Hernia umbilicalis

B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-5.11 Personelle Ausstattung

B-5.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 17,04

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	17,04	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	17,04	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 100,93897

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 8,1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 212,34568

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF28	Notfallmedizin
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie

B-5.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 31,26

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	30,26	
Ambulant	1	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	31,26	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 56,84071

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 573,33333

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2	
Ambulant	1	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 860

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	2 Vollkräfte
PQ08	Pflege im Operationsdienst	8 Vollkräfte
PQ07	Pflege in der Onkologie	1 VK
PQ21	Casemanagement	0,5 VK

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP08	Kinästhetik	4 Vollkräfte
ZP15	Stomamanagement	1 VK
ZP16	Wundmanagement	1 VK

B-5.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-6 Gefäßchirurgie

B-6.1 Allgemeine Angaben Gefäßchirurgie

Klinik für Gefäßchirurgie

Die Erfahrung unserer Fachklinik resultiert aus jährlich über 1.500 Behandlungen von Gefäßerkrankungen. Ihre Behandlung erfolgt individuell, schonend und nach den aktuellen Leitlinien. Unsere Zertifizierung als interdisziplinäres Zentrum für Gefäßmedizin gewährleistet Ihnen einen sicheren Behandlungsablauf und eine überprüfte medizinische Qualität.
Die Gefäßchirurgie behandelt das gesamte Spektrum Ihrer arteriellen und venösen Gefäßkrankheiten. Hierzu stehen schonende interventionelle und operative MeAthoden zur Verfügung, die wir ihnen auch kombiniert in unserem robotisch assistierten Hybrid-OP als minimalinvasiven Eingriff anbieten. So können Durchblutungs- und Gefäßsituation in einem Schritt vollständig wiederhergestellt werden. Dieses Vorgehen vermeidet Folgeeingriffe und führt zu langfristig optimalen Ergebnissen.

Zu unseren Schwerpunkten zählen die Therapie von krankhaften Erweiterungen der Hauptschlagader (Aortenaneurysma), Verengungen der Halsschlagader (Carotisstenose) und von Durchblutungsstörungen (pAVK oder arterielle Verschluss-Krankheit). Für jeden Patienten individuell wird im Rahmen des interdisziplinären Zentrums für Gefäßmedizin beraten, ob durch Operation (Bypass odergefäßerhaltende Rotationsatherektomie), durch interventionelle Behandlungen wie Ballondilatation (PTA) oder Stentimplantation (EVAR), oder eine Kombination der Verfahren, die genannten Hybrideingriffe, das bestmögliche Ergebnis erzielt werden kann. Besonders Patienten mit komplexen Problemen, zum Beispiel im Rahmen eines Diabetes (diabetisches Fußsyndrom), aber auch Patienten mit Störungen des Fettstoffwechsels profitieren davon.

Das interdisziplinäre Shuntzentrum des KRH am Klinikum Siloah versorgt Patienten mit Niereninsuffizienz oder Indikation zur Lipidapherese mit permanenten Gefäßzugängen. Neben klassischen Shuntoperationen werden aufgrund der vorhandenen umfassenden Expertise endovaskuläre und operative Behandlungen von chronischen Shuntproblemen, wie Stenose und Aneurysma als Schwerpunkt angeboten.

Die Behandlung von venösen Gefäßerkrankungen umfasst das Spektrum von ambulanten

Varizenoperationen bis zur operativen Behandlung von fortgeschrittenen Thombosen großer Gefäße.

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Gefäßchirurgie
Fachabteilungsschlüssel	1800
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Hans-Gerd Fieguth
Telefon	0511/927-3300
Fax	0511/92797-3300
E-Mail	hans-gerd.fieguth@krh.eu
Straße/Nr	Stadionbrücke 4
PLZ/Ort	30449 Hannover
Homepage	https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/thorax-und-gefaesschirurgie

B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

B-6.3 Medizinische Leistungsangebote Gefäßchirurgie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Gefäßchirurgie
VC16	Aortenaneurysmachirurgie
VC17	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
VC58	Spezialsprechstunde
VC61	Dialyseshuntchirurgie
VC71	Notfallmedizin

B-6.5 Fallzahlen Gefäßchirurgie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	665
Teilstationäre Fallzahl	0

B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-6.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	N18	93	Chronische Nierenkrankheit
2	T82	83	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen
3	I71	66	Aortenaneurysma und -dissektion
4	I65	52	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt
5	I74	34	Arterielle Embolie und Thrombose
6	I72	23	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion
7	I83	8	Varizen der unteren Extremitäten
8	T87	8	Komplikationen, die für Replantation und Amputation bezeichnend sind
9	I77	4	Sonstige Krankheiten der Arterien und Arteriolen
10	A04	< 4	Sonstige bakterielle Darminfektionen
11	A46	< 4	Erysipel [Wundrose]
12	C20	< 4	Bösartige Neubildung des Rektums

B-6.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
I70.25	75	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän
T82.5	44	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen
T82.8	31	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen
I71	66	Aortenaneurysma und -dissektion
I70	225	Atherosklerose
N18	93	Chronische Nierenkrankheit
I65	52	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
I74	34	Arterielle Embolie und Thrombose
I72	23	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion
I83	8	Varizen der unteren Extremitäten
T87	8	Komplikationen, die für Replantation und Amputation bezeichnend sind
T87.5	5	Nekrose des Amputationsstumpfes
T87.4	< 4	Infektion des Amputationsstumpfes

B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-6.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-381	427	Endarteriektomie
2	5-394	239	Revision einer Blutgefäßoperation
3	5-380	222	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen
4	5-395	161	Patchplastik an Blutgefäßen
5	5-916	160	Temporäre Weichteildeckung
6	8-836	136	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention
7	5-392	128	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes
8	5-896	122	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
9	5-38a	115	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen
10	5-393	107	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen
11	5-98e	95	Intraoperative Blutflussmessung in Gefäßen
12	5-865	90	Amputation und Exartikulation Fuß

B-6.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-381	427	Endarteriektomie
5-395	161	Patchplastik an Blutgefäßen
5-392	128	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes
5-392.10	101	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes: Innere AV-Fistel (Cimino-Fistel): Ohne Vorverlagerung der Vena basilica
5-381.54	58	Endarteriektomie: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca externa
5-38a.43	45	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Arterien Becken: 1 Stent-Prothese, iliakal ohne Seitenarm

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-380.70	39	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. femoralis
5-38a.c0	31	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta abdominalis: Stent-Prothese, ohne Öffnung
5-38a.u2	16	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Art des Endes der untersten Stent-Prothese: Aortobiiliakale Stent-Prothese
5-393.55	15	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: A. femoralis: Femorocrural
5-384.75	4	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Bifurkationsprothese bifemoral
5-384.64	4	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Bifurkationsprothese biiliakal bei Aneurysma
5-384.74	4	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Bifurkationsprothese biiliakal bei Aneurysma
5-385.70	< 4	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna

B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-385	12	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen
2	5-392	8	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes

B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-6.11 Personelle Ausstattung

B-6.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 6,86

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,86	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,86	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 96,93878

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,16

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,16	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,16	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 159,85577

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ07	Gefäßchirurgie
AQ06	Allgemeinchirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

B-6.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 10,4

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,4	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,4	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 63,94231

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 665

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 332,5

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	1
PQ01	Bachelor	1
PQ20	Praxisanleitung	1 VK

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP27	OP-Koordination/OP-Management	1
ZP08	Kinästhetik	1 VK

B-6.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-7 Thoraxchirurgie

B-7.1 Allgemeine Angaben Thoraxchirurgie

Klinik für Thoraxchirurgie

Die Erfahrung unserer Fachklinik resultiert aus jährlich über 1.000 Behandlungen von Lungen- und Tumorerkrankungen. Ihre Behandlung erfolgt individuell, schonend und nach den aktuellen Leitlinien. Unsere Zertifizierung als Lungenkrebszentrum gewährleistet Ihnen einen sicheren Behandlungsablauf und eine überprüfte medizinische Qualität.

Die Thoraxchirurgie behandelt Ihre Erkrankungen der Lunge und des Brustkorbes. Unser Schwerpunkt liegt in der operativen Behandlung von Tumorerkrankungen wie Lungenkrebs, Lungenmetastasen, Mediastinaltumoren und Thymomen. Operative Spezialgebiete sind: Endoskopische VATS-Lobektomien, Manschettenresektionen zum Erhalt der Lungenfunktion und Operationen bei Pancoast-Tumor sowie minimalinvasive LASER-Resektionen bei Metastasen.

Ihre operative Behandlung bei COPD und Lungenemphysem durch eine endoskopische Lungenvolumenreduktion erfolgt in enger Zusammenarbeit mit Lungenfachärzten. Diese Methode verbessert langfristig Ihre Atemfunktion und Leistungsfähigkeit. Unser Leistungsspektrum umfasst außerdem die Behandlung bei Lungenkollaps oder Pneumothorax, bei infektiösen Erkrankungen der Lunge und des Rippenfells, bei Hyperhidrose, Myasthenie und bei Thoracic Outlet Syndrome (TOS). Auch diese Operationen werden vorrangig ohne Eröffnung des Brustkorbes videoassistiert als sog. Schlüssellochchirurgie (VATS) durchgeführt.

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Thoraxchirurgie
Fachabteilungsschlüssel	2000
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Herr Prof. Dr. med. Hans-Gerd Fieguth
Telefon	0511/927-3300
Fax	0511/92797-3300
E-Mail	hans-gerd.fieguth@krh.eu
Straße/Nr	Stadionbrücke 4
PLZ/Ort	30449 Hannover
Homepage	http://www.krh.eu/klinikum/SOH/Seiten/default.aspx

B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

B-7.3 Medizinische Leistungsangebote Thoraxchirurgie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Thoraxchirurgie
VC10	Eingriffe am Perikard
VC11	Lungenchirurgie
VC12	Tracheobronchiale Rekonstruktionen bei angeborenen Malformationen
VC13	Operationen wegen Thoraxtrauma
VC15	Thorakoskopische Eingriffe
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
VC24	Tumorchirurgie
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
VC58	Spezialsprechstunde
VC59	Mediastinoskopie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Thoraxchirurgie
VC62	Portimplantation
VC71	Notfallmedizin
VX00	Organunterstützungs- und ersatzverfahren

B-7.5 Fallzahlen Thoraxchirurgie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	348
Teilstationäre Fallzahl	0

B-7.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-7.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C34	103	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
2	C78	63	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
3	J86	35	Pyothorax
4	J93	31	Pneumothorax
5	S27	18	Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe
6	D14	16	Gutartige Neubildung des Mittelohres und des Atmungssystems
7	J84	9	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten
8	J85	8	Abszess der Lunge und des Mediastinums
9	D38	5	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens des Mittelohres, der Atmungsorgane und der intrathorakalen Organe
10	J95	5	Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert
11	C79	4	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen
12	A31	< 4	Infektion durch sonstige Mykobakterien

B-7.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
C34.1	63	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)
C78	63	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
C78.0	54	Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
J86	35	Pyothorax
J86.9	30	Pyothorax ohne Fistel
J93.1	22	Sonstiger Spontanpneumothorax
D14.3	16	Gutartige Neubildung: Bronchus und Lunge
S27.1	10	Traumatischer Hämatothorax
J85	8	Abszess der Lunge und des Mediastinums
J93.8	8	Sonstiger Pneumothorax
J85.1	7	Abszess der Lunge mit Pneumonie
S27.2	6	Traumatischer Hämatopneumothorax
J84.1	6	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Fibrose
D38.1	5	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Trachea, Bronchus und Lunge
J43.8	< 4	Sonstiges Emphysem
J95.80	< 4	Iatrogener Pneumothorax
S22.42	< 4	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von zwei Rippen

B-7.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-7.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-322	168	Atypische Lungenresektion
2	5-333	139	Adhäsiolyse an Lunge und Brustwand
3	5-340	101	Inzision von Brustwand und Pleura
4	5-344	98	Pleurektomie
5	5-324	95	Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge
6	8-173	81	Therapeutische Spülung (Lavage) der Lunge und der Pleurahöhle
7	5-345	51	Pleurodese [Verödung des Pleuraspaltes]
8	8-144	50	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle
9	5-349	49	Andere Operationen am Thorax
10	5-334	29	Rekonstruktion an Lunge und Bronchien
11	1-691	28	Diagnostische Thorakoskopie und Mediastinoskopie
12	5-896	12	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
13	5-311	11	Temporäre Tracheostomie
14	5-312	10	Permanente Tracheostomie
15	5-342	10	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Mediastinums

B-7.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-333	139	Adhäsiolyse an Lunge und Brustwand
5-322	168	Atypische Lungenresektion
5-324	95	Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge
5-340	101	Inzision von Brustwand und Pleura
5-344	98	Pleurektomie
8-173	81	Therapeutische Spülung (Lavage) der Lunge und der Pleurahöhle
5-345	51	Pleurodese [Verödung des Pleuraspaltes]
8-144	50	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle
5-334	29	Rekonstruktion an Lunge und Bronchien
5-328.01	6	Erweiterte (Pleuro-)Pneum(on)ektomie: Pneum(on)ektomie: Mit Gefäßresektion intraperikardial
5-323.42	< 4	Segmentresektion und Bisegmentresektion der Lunge: Segmentresektion, offen chirurgisch: Mit Entfernung einzelner Lymphknoten
5-323.63	< 4	Segmentresektion und Bisegmentresektion der Lunge: Bisegmentresektion, offen chirurgisch: Mit radikaler Lymphadenektomie
1-691.1	< 4	Diagnostische Thorakoskopie und Mediastinoskopie: Mediastinoskopie
5-323.41	< 4	Segmentresektion und Bisegmentresektion der Lunge: Segmentresektion, offen chirurgisch: Ohne Lymphadenektomie
5-325.04	< 4	Erweiterte Lobektomie und Bilobektomie der Lunge: Lobektomie ohne broncho- oder angioplastische Erweiterung: Mit Brustwandresektion
1-581.4	< 4	Biopsie am Mediastinum und anderen intrathorakalen Organen durch Inzision: Pleura

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-325.02	< 4	Erweiterte Lobektomie und Bilobektomie der Lunge: Lobektomie ohne broncho- oder angioplastische Erweiterung: Mit Perikardresektion
5-325.54	< 4	Erweiterte Lobektomie und Bilobektomie der Lunge: Bilobektomie ohne broncho- oder angioplastische Erweiterung: Mit Brustwandresektion
5-323.43	< 4	Segmentresektion und Bisegmentresektion der Lunge: Segmentresektion, offen chirurgisch: Mit radikaler Lymphadenektomie

B-7.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-7.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-399	13	Andere Operationen an Blutgefäßen
2	5-316	< 4	Rekonstruktion der Trachea

B-7.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-7.11 Personelle Ausstattung

B-7.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,97

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,97	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,97	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 58,29146

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,6

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,6	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,6	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 75,65217

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF31	Phlebologie

B-7.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 6,32

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,32	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,32	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 55,06329

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	1
PQ01	Bachelor	1 VK
PQ07	Pflege in der Onkologie	1 Vk

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ12	Notfallpflege	1 VK
PQ18	Pflege in der Endoskopie	2 VK
PQ20	Praxisanleitung	1 VK
PQ21	Casemanagement	0,5 VK

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP08	Kinästhetik	2

B-7.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-8 Urologie

B-8.1 Allgemeine Angaben Urologie

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

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Herr Prof. Dr. med. Alexandre Pelzer
Telefon	0511/927-3200
Fax	0511/92797-3200
E-Mail	Alexandre.Pelzer@krh.eu
Straße/Nr	Stadionbrücke 4
PLZ/Ort	30449 Hannover
Homepage	https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/urologie

B-8.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

B-8.3 Medizinische Leistungsangebote Urologie

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

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

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

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

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Urologie	Kommentar
VU01	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten	
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz	
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis	
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters	

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

Weitere Informationen bekommen Sie hier:

B-8.5 Fallzahlen Urologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	2463
Teilstationäre Fallzahl	0

B-8.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-8.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	N13	474	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie
2	N20	365	Nieren- und Ureterstein
3	C67	258	Bösartige Neubildung der Harnblase
4	C61	167	Bösartige Neubildung der Prostata

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5	N40	145	Prostatahyperplasie
6	N30	140	Zystitis
7	N39	87	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
8	R31	67	Nicht näher bezeichnete Hämaturie
9	C64	64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken
10	N43	59	Hydrozele und Spermatozele

B-8.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-8.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-8.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-137	1036	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]
2	5-550	458	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung
3	5-573	395	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase
4	5-562	288	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung
5	5-601	225	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe
6	1-465	206	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren
7	5-570	122	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase
8	5-987	71	Anwendung eines OP-Roboters
9	5-553	63	Partielle Resektion der Niere
10	1-665	61	Diagnostische Ureterorenoskopie
11	5-585	59	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra
12	5-611	49	Operation einer Hydrocele testis
13	5-554	45	Nephrektomie
14	5-604	43	Radikale Prostatovesikulektomie
15	5-622	35	Orchidektomie
16	5-541	33	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
17	5-563	32	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ureters, Ureterresektion und Ureterektomie
18	5-552	29	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Niere
19	5-621	26	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Hodens
20	1-464	24	Transrektale Biopsie an männlichen Geschlechtsorganen

B-8.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-8.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

B-8.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-137	111	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]
2	5-640	42	Operationen am Präputium
3	1-661	13	Diagnostische Urethrozystoskopie
4	5-572	4	Zystostomie
5	1-460	< 4	Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata
6	5-562	< 4	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung

B-8.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-8.11 Personelle Ausstattung

B-8.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 12,06

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,06	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,06	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 204,22886

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 6,65

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,65	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,65	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 370,37594

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

B-8.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 29,32

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	29,32	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	29,32	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 84,00409

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1231,5

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	1	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2463

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	1 Vollkräfte
PQ07	Pflege in der Onkologie	1 Vollkraft

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP08	Kinästhetik	3 Vollkräfte
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	2 VK
ZP16	Wundmanagement	1 VK

B-8.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-9 Frauenheilkunde

B-9.1 Allgemeine Angaben Frauenheilkunde

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

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Fakher Ismaeél
Telefon	0511/927-3601
Fax	0511/927-3600
E-Mail	fakher.ismaeel@krh.eu
Straße/Nr	Stadionbrücke 4
PLZ/Ort	30449 Hannover
Homepage	https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/frauenheilkunde

B-9.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

B-9.3 Medizinische Leistungsangebote Frauenheilkunde

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Frauenheilkunde	Kommentar
VG00	Sonstige im Bereich Gynäkologie	
VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse	
VG02	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse	
VG03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse	
VG04	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie	
VG06	Gynäkologische Chirurgie	radikale Operationen beim Endometrium (endoskopisch und offenen Chirurgie), Cervix Karzinome, Ovarkarzinome, Vulvakarzinom
VG07	Inkontinenzchirurgie	
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Frauenheilkunde	Kommentar
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane	
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	Endometriose
VR00	Sonstige im Bereich Radiologie	MRT Mamma

B-9.5 Fallzahlen Frauenheilkunde

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1088
Teilstationäre Fallzahl	0

B-9.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-9.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C50	155	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
2	N83	87	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri
3	N70	59	Salpingitis und Oophoritis
4	N80	54	Endometriose
5	N62	52	Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse]
6	D25	49	Leiomyom des Uterus
7	T85	42	Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate
8	C56	37	Bösartige Neubildung des Ovars
9	N81	34	Genitalprolaps bei der Frau
10	T81	33	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert

B-9.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-9.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-9.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-651	162	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe
2	5-469	159	Andere Operationen am Darm
3	9-984	137	Pflegebedürftigkeit
4	5-870	133	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5	1-672	117	Diagnostische Hysteroskopie
6	5-549	117	Andere Bauchoperationen
7	5-657	101	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung
8	5-401	96	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße
9	5-690	89	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]
10	5-702	85	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes

B-9.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-9.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

B-9.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-870	50	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe
2	1-672	39	Diagnostische Hysteroskopie
3	5-690	39	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]
4	1-471	24	Biopsie ohne Inzision am Endometrium

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5	1-694	10	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)
6	5-881	10	Inzision der Mamma
7	5-681	7	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus
8	1-472	6	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri
9	5-651	5	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe

B-9.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-9.11 Personelle Ausstattung

B-9.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 8,46

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,46	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,46	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 128,6052

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 3,89

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,89	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,89	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 279,69152

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

B-9.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 21,23

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	20,73	
Ambulant	0,5	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	21,23	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 52,48432

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1088

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	1
PQ01	Bachelor	1 VK
PQ07	Pflege in der Onkologie	0,5VK

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP23	Breast Care Nurse	0,5

B-9.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-10 Anästhesiologie und operative Intensivmedizin

B-10.1 Allgemeine Angaben Anästhesiologie und operative Intensivmedizin

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

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Dr. med. Martin Bauer
Telefon	0511/927-3401
Fax	0511/92797-3400
E-Mail	martin.bauer@krh.eu
Straße/Nr	Stadionbrücke 4
PLZ/Ort	30449 Hannover
Homepage	https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/anaesthesiologie-und-operative-intensivmedizin

B-10.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

B-10.3 Medizinische Leistungsangebote Anästhesiologie und operative Intensivmedizin

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

B-10.5 Fallzahlen Anästhesiologie und operative Intensivmedizin

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-10.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-10.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-10.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-620	3367	Diagnostische Tracheobronchoskopie
2	8-930	2988	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
3	8-831	2474	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
4	8-800	2190	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
5	1-843	1697	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus
6	8-98f	1600	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
7	8-390	768	Lagerungsbehandlung
8	8-919	650	Komplexe Akutschmerzbehandlung
9	8-910	603	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie
10	8-701	538	Einfache endotracheale Intubation

B-10.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-10.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-10.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-10.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-10.11 Personelle Ausstattung

B-10.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 36,23

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	36,23	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	36,23	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 18,39

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	18,39	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	18,39	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

B-10.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 66,6

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	66,6	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	66,6	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	24 Vollkräfte
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	1
PQ01	Bachelor	
PQ12	Notfallpflege	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP08	Kinästhetik	6
ZP14	Schmerzmanagement	

B-10.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-11 Diagnostische und Interventionelle Radiologie

B-11.1 Allgemeine Angaben Diagnostische und Interventionelle Radiologie

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

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Herr Dr. med. Herbert Rosenthal
Telefon	0511/927-3500
Fax	0511/927-973500
E-Mail	herbert.rosenthal@krh.eu
Straße/Nr	Stadionbrücke 4
PLZ/Ort	30449 Hannover
Homepage	https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/diagnostische-und-interventionelle-radiologie

B-11.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

B-11.3 Medizinische Leistungsangebote Diagnostische und Interventionelle Radiologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Diagnostische und Interventionelle Radiologie	Kommentar
VR00	Sonstige im Bereich Radiologie	Mamma und Prostata MRT, Intervention
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	
VR07	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)	
VR08	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung	
VR09	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	
VR15	Arteriographie	Suche von Blutungsquellen
VR16	Phlebographie	
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	Herzbildgebung Prostatauntersuchung Leberdiagnostik mit leberspezifischen KM
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	MRCP diffusionsgerichtete Bildgebung
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	CT mit 3D CAD bei der Lungendiagnostik CTA Planung der Stentimplantation z.B. Aorta
VR28	Intraoperative Anwendung der Verfahren	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Diagnostische und Interventionelle Radiologie	Kommentar
VR41	Interventionelle Radiologie	Angioplastien, einschl. Aortenstent und Carotisstent diagn. CT-gestützte Punktionen therapeutische Drainagenanlagen Shunts TIPS TACE selektive und superselektive Embolisation
VR44	Teleradiologie	
VR47	Tumorembolisation	

B-11.5 Fallzahlen Diagnostische und Interventionelle Radiologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-11.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-11.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-11.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-225	1849	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
2	3-226	1836	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel
3	3-990	1836	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
4	3-222	1792	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
5	3-200	996	Native Computertomographie des Schädels
6	3-206	802	Native Computertomographie des Beckens
7	3-202	788	Native Computertomographie des Thorax
8	3-207	731	Native Computertomographie des Abdomens
9	3-820	671	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
10	3-22x	655	Andere Computertomographie mit Kontrastmittel
11	8-836	648	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention
12	8-83b	331	Zusatzinformationen zu Materialien
13	3-607	312	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten
14	8-840	236	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents
15	3-993	196	Quantitative Bestimmung von Parametern

B-11.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-11.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-11.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-11.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-11.11 Personelle Ausstattung

B-11.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 11,54

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11,54	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,54	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 7,32

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,32	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,32	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement

B-11.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-11.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-12 Palliativmedizin

B-12.1 Allgemeine Angaben Palliativmedizin

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

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Leitung Palliativstation
Titel, Vorname, Name	Herr Dr. med. Sosada Markus
Telefon	0511/927-2302
Fax	0511/92797-5210
E-Mail	markus.sosada@krh.eu
Straße/Nr	Stadionbrücke 4
PLZ/Ort	30449 Hannover
Homepage	https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/palliativmedizin

B-12.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

B-12.3 Medizinische Leistungsangebote Palliativmedizin

Trifft nicht zu.

B-12.5 Fallzahlen Palliativmedizin

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	146
Teilstationäre Fallzahl	0

B-12.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-12.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C34	42	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
2	C50	15	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
3	C25	10	Bösartige Neubildung des Pankreas
4	C61	7	Bösartige Neubildung der Prostata
5	C16	6	Bösartige Neubildung des Magens
6	C20	6	Bösartige Neubildung des Rektums
7	C15	4	Bösartige Neubildung des Ösophagus
8	C67	4	Bösartige Neubildung der Harnblase
9	C80	4	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation
10	A04	< 4	Sonstige bakterielle Darminfektionen

B-12.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-12.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-12.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-522	114	Hochvoltstrahlentherapie
2	8-98e	101	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung
3	9-984	41	Pflegebedürftigkeit
4	8-982	26	Palliativmedizinische Komplexbehandlung
5	9-200	17	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
6	8-527	14	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
7	8-528	11	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
8	8-529	11	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
9	8-987	5	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
10	8-018	4	Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung

B-12.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-12.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-12.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-12.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-12.11 Personelle Ausstattung

B-12.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 1,54

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,54	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,54	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 94,80519

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 1,54

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,54	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,54	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 94,80519

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF30	Palliativmedizin
ZF11	Hämostaseologie

B-12.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 8,2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,2	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 17,80488

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	1

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

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

B-12.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-13 Nephrologie, Angiologie und Rheumatologie

B-13.1 Allgemeine Angaben Nephrologie, Angiologie und Rheumatologie

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

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Herr Prof. Dr. med. Jan Menne
Telefon	0511/927-2400
Fax	0511/92797-2400
E-Mail	Jan.menne@krh.eu
Straße/Nr	Stadionbrücke 4
PLZ/Ort	30449 Hannover
Homepage	https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/nephrologie-angiologie-und-rheumatologie

B-13.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

B-13.3 Medizinische Leistungsangebote Nephrologie, Angiologie und Rheumatologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Nephrologie, Angiologie und Rheumatologie
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
VD20	Wundheilungsstörungen
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Nephrologie, Angiologie und Rheumatologie
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI20	Intensivmedizin
VI21	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
VI39	Physikalische Therapie
VI41	Shuntzentrum
VR02	Native Sonographie
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie
VR04	Duplexsonographie
VU01	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
VU15	Dialyse

B-13.5 Fallzahlen Nephrologie, Angiologie und Rheumatologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	2854
Teilstationäre Fallzahl	1

B-13.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-13.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I70	378	Atherosklerose
2	N17	285	Akutes Nierenversagen
3	I50	211	Herzinsuffizienz
4	T82	181	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen
5	N18	115	Chronische Nierenkrankheit
6	I10	112	Essentielle (primäre) Hypertonie
7	M31	86	Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien
8	E86	81	Volumenmangel
9	N04	67	Nephrotisches Syndrom
10	N30	63	Zystitis

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
11	A41	58	Sonstige Sepsis
12	E87	56	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts
13	A46	52	Erysipel [Wundrose]
14	N39	49	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
15	I26	45	Lungenembolie

B-13.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
I50.13	60	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung

B-13.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-13.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-854	1697	Hämodialyse
2	8-550	321	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
3	5-399	315	Andere Operationen an Blutgefäßen
4	5-377	205	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders
5	8-144	173	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle
6	1-710	125	Ganzkörperplethysmographie
7	8-987	120	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
8	1-465	119	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren
9	8-853	111	Hämofiltration
10	8-542	85	Nicht komplexe Chemotherapie
11	1-711	72	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität
12	8-547	57	Andere Immuntherapie
13	8-857	43	Peritonealdialyse
14	1-266	40	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt
15	1-424	40	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark

B-13.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-13.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

B-13.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-613	< 4	Phlebographie der Gefäße einer Extremität
2	5-392	< 4	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes
3	8-836	< 4	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention

B-13.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-13.11 Personelle Ausstattung

B-13.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 16,8

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	16,8	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	16,8	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 169,88095

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 6,71

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,71	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,71	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 425,33532

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie

B-13.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 46,17

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	45,17	
Ambulant	1	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	46,17	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 63,18353

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 951,33333

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ01	Bachelor	1 Vollkräfte
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	1 Vollkräfte
PQ11	Pflege in der Nephrologie	1 Vollkraft
PQ12	Notfallpflege	2 VK

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP08	Kinästhetik	6 Vollkräfte

B-13.11.3 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-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	01.1 - Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter >19), Anteil Todesfälle, aufgetreten
Ergebnis	Rate: 7,5% (Zaehler: 43, Nenner: 575)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 8,3%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 8,2%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen des Herzens	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	02.1 - Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (Alter >19), Anteil Todesfälle, aufgetreten
Ergebnis	Rate: 6,7% (Zaehler: 60, Nenner: 891)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 8,1%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 8,0%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen des Herzens	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	03.11Z - Katheter der Koronargefäße BEI Herzinfarkt (Alter >19), ohne Herzoperation, Todesfälle, aufgetreten (Anteil Todesfälle erwartet bezogen auf Patienten mit Koronarkatheter und Herzinfarkt)
Ergebnis	Rate: 4,9% (Zaehler: 25, Nenner: 515)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 6,0%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 6,0%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen des Herzens	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	03.121 - Diagnostischer Katheter der Koronargefäße OHNE HD Herzinfarkt ohne Herz-OP (Alter >19), Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 1,9% (Zaehler: 8, Nenner: 411)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 1,32%
Vergleichswerte	Ziel: < 1,32%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen des Herzens	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	07.21 - Isolierter offener Aortenklappenersatz ohne weitere Herz-OP (Alter>19), Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 2,6%
Vergleichswerte	Ziel: < 2,6%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen des Herzens	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	07.5Z - Operationen nur an den Koronargefäßen bei Herzinfarkt (Alter >19), Anteil Todesfälle (Anteil Todesfälle erwartet bezogen auf Patienten mit Koronar-OP und Herzinfarkt)
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 6,6%
Vergleichswerte	Erwartungswert: nicht darstellbar
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen des Herzens	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	07.6 - Operationen nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt (Alter >19), Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 2,0%
Vergleichswerte	Ziel: < 2,0%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen des Nervensystems, Schlaganfall	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	09.1 - Hauptdiagnose Schlaganfall, alle Formen (Alter >19), Anteil Todesfälle, aufgetreten
Ergebnis	Rate: 10,0% (Zaehler: 1, Nenner: 10)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 8,5%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 7,6%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen des Nervensystems, Schlaganfall	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	09.3 - Hirninfarkt (ICD I63, Alter >19), Anteil Todesfälle, aufgetreten
Ergebnis	Rate: 14,3% (Zaehler: 1, Nenner: 7)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 6,4%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 5,6%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen des Nervensystems, Schlaganfall	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	09.61 - Anteil Schlaganfall nicht näher bezeichnet (ICD I64)
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 10)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 0,8%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,8%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 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: 13,1% (Zaehler: 38, Nenner: 289)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 10,0%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 8,2%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 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: 3,0% (Zaehler: 18, Nenner: 609)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 4,3%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 4,0%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 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: 2,9% (Zaehler: 3, Nenner: 103)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 2,4%
Vergleichswerte	Ziel: < 2,4%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen der Lunge	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	17.31 - Anteil der Pneumektomien bei Bronchialkarzinom
Ergebnis	Rate: 7,2% (Zaehler: 8, Nenner: 111)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 6,0%
Vergleichswerte	Ziel: < 20,0%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen der Bauchorgane	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	18.1 - Cholezystektomie bei Gallensteinen ohne Tumorfälle, Anteil laparoskopische OPs
Ergebnis	Rate: 91,8% (Zaehler: 190, Nenner: 207)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 94,4%
Vergleichswerte	Ziel: > 94,4%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen der Bauchorgane	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	18.3 - Cholezystektomie bei Gallensteinen, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,48% (Zaehler: 1, Nenner: 207)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 0,48%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,48%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen der Bauchorgane	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	19.1 - Patienten mit Herniotomie ohne Darmoperation, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 347)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 0,1%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,1%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen der Bauchorgane	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	21.311 - Kolonresektionen bei kolorekt. Karzinom ohne kompl. Diagnose, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 6,7% (Zaehler: 4, Nenner: 60)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 4,1%
Vergleichswerte	Ziel: < 4,1%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen der Bauchorgane	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	21.313 - Rektumresektionen bei kolorekt. Karzinom, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 3,8% (Zaehler: 1, Nenner: 26)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 3,2%
Vergleichswerte	Ziel: < 3,2%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen der Bauchorgane	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	21.321 - Kolorektale Resektionen bei Divertikel ohne Abszess/Perforation, Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 4)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 0,9%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,9%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Gefäßoperationen	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	26.1 - Extrakranielle Gefäß-Operationen A. Carotis, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 53)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 0,93%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,93%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Gefäßoperationen	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	26.2 - Perkutane Stentimplantation in extrakranielle Gefäße, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 6)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 1,8%
Vergleichswerte	Ziel: < 1,8%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 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: 18,2% (Zaehler: 4, Nenner: 22)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 6,6%
Vergleichswerte	Ziel: < 6,6%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Gefäßoperationen	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	27.22 - Endovaskuläre Stent-Prothese abdominale Aorta bei Aneurysma (EVAR), nicht rupturiert, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 25)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 1,3%
Vergleichswerte	Ziel: < 1,3%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Gefäßoperationen	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	28.11 - Becken-/Beinarterien-OP bei Claudicatio (Fontaine I + II), Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 35)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 0,41%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,41%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Gefäßoperationen	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	28.12 - Becken-/Beinarterien-OP bei Ruheschmerz (Fontaine III), Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 20)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 2,3%
Vergleichswerte	Ziel: < 2,3%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Gefäßoperationen	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	28.13 - Becken-/Beinarterien-OP bei Ulzeration oder Gangrän (Fontaine IV), Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 3,7% (Zaehler: 1, Nenner: 27)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 4,9%
Vergleichswerte	Ziel: < 4,9%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 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: 1)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 0,003%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,003%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Geburtshilfe und Frauenheilkunde	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	32.21 - Vaginale Geburten mit Dammriss 3. und 4. Grades
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 1)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 1,9%
Vergleichswerte	Ziel: < 1,9%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 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: 53)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 0,03%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,03%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 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: 75,5% (Zaehler: 40, Nenner: 53)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 88,1%
Vergleichswerte	Ziel: > 88,1%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	41.1 - Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei Koxarthrose und chronischer Arthritis, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 0,13%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,13%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	42.1 - Hüft-Endoprothesen-Wechsel ohne Fraktur oder Infektion, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 0,98%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,98%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	43.1 - Knie-Endoprothesen-Erstimplantation bei Gonarthrose und chronischer Arthritis, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 0,07%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,07%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	44.1 - Knie-Endoprothesen-Wechsel ohne Fraktur oder Infektion, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 0,17%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,17%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	46.1 - Schenkelhalsfraktur (Alter > 19), Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 5,3%
Vergleichswerte	Erwartungswert: nicht darstellbar
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	46.2 - Pertrochantäre Fraktur, Alter>19, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 5,1%
Vergleichswerte	Erwartungswert: nicht darstellbar
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	47.42 - Exzision von Bandscheibengewebe (ohne Tumor, Trauma, Dekompression, komplexe WS-OP), Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 0,03%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,03%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	50.1 - Nephrektomie bei bösartiger Neubildung Niere, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 33)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 1,9%
Vergleichswerte	Ziel: < 1,9%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 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: 2,0% (Zaehler: 1, Nenner: 50)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 0,45%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,45%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 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: 7,1% (Zaehler: 2, Nenner: 28)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 4,8%
Vergleichswerte	Ziel: < 4,8%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	52.1 - Prostata-TUR bei gutartigen Erkrankungen, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,63% (Zaehler: 1, Nenner: 160)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 0,2%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,2%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	53.2 - Radikale Prostatovesikulektomie, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 43)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 0,19%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,19%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 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: 31,3% (Zaehler: 215, Nenner: 688)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 33,7%
Vergleichswerte	Ziel: < 33,7%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 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: 34,5% (Zaehler: 61, Nenner: 177)
Messzeitraum	2020
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.2_2020
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 16,5%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 16,2%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/11756 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

---

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2020 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	
Mindestmenge	10
Erbrachte Menge	52

Stammzelltransplantation	
Mindestmenge	25
Erbrachte Menge	49

Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	
Mindestmenge	10
Erbrachte Menge	8
Begründung	Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil die Leistung gemäß § 4 Abs. 4 Satz 3 Mm-R im Notfall erbracht wurde oder eine Verlegung der Patienten in ein Krankenhaus, das die Mindestmenge erfüllt, medizinisch nicht vertretbar war. (MM01)
Erläuterung zur Begründung	Notfallversorgung gemäß § 4 Abs.4 Satz 3 Mn-R

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

Organsystem Pankreas	
Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt	Ja

Stammzelltransplantation	
Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt	Ja

C-5.2.1.a Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen

Organsystem Pankreas	
Prognose von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt:	Ja
Erreichte Leistungsmenge Berichtsjahr 2020:	52
Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge:	51

Stammzelltransplantation	
Prognose von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt:	Ja
Erreichte Leistungsmenge Berichtsjahr 2020:	49
Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge:	43

C-5.2.1.b Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)

Organsystem Pankreas	
Der Krankenhausträger hat den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die erstmalige Erbringung der Leistung oder deren erneute Erbringung nach einer mindestens 24-monatigen Unterbrechung schriftlich mitgeteilt	Nein

Stammzelltransplantation	
Der Krankenhausträger hat den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die erstmalige Erbringung der Leistung oder deren erneute Erbringung nach einer mindestens 24-monatigen Unterbrechung schriftlich mitgeteilt	Nein

C-5.2.1.c Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Abs. 5 SGB V)

Organsystem Pankreas	
Die zuständige Krankenhausplanungsbehörde hat zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gemäß § 136b Absatz 5 SGB V auf Antrag des Krankenhauses für die betreffende Leistung entschieden, dass das Leistungserbringungsverbot und der Vergütungsausschluss nach § 136b Absatz 4 Satz 1 und 2 SGB V keine Anwendung finden	Nein

Stammzelltransplantation	
Die zuständige Krankenhausplanungsbehörde hat zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gemäß § 136b Absatz 5 SGB V auf Antrag des Krankenhauses für die betreffende Leistung entschieden, dass das Leistungserbringungsverbot und der Vergütungsausschluss nach § 136b Absatz 4 Satz 1 und 2 SGB V keine Anwendung finden	Nein

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

Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma (CQ01)

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

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	99
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	87
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	79

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monats-bezogener Erfüllungs-grad	Ausnahme-tatbestände
Intensiv-medizin	MB01I / Intensiv	Tagschicht	100,00%	0
Intensiv-medizin	MB01I / Intensiv	Nachtschicht	100,00%	0
Intensiv-medizin	Station B01Bi	Tagschicht	85,71%	0
Intensiv-medizin	Station B01Bi	Nachtschicht	100,00%	0
Intensiv-medizin	Station A01Di	Tagschicht	33,33%	0
Intensiv-medizin	Station A01Di	Nachtschicht	83,33%	0
Intensiv-medizin	MC01W / Weaning	Tagschicht	0,00%	0
Intensiv-medizin	MC01W / Weaning	Nachtschicht	0,00%	0

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monats-bezogener Erfüllungs-grad	Ausnahme-tatbestände
Intensiv-medizin	Station A01Ai	Tagschicht	100,00%	0
Intensiv-medizin	Station A01Ai	Nachtschicht	100,00%	0
Intensiv-medizin	Station C01Ci	Tagschicht	57,14%	0
Intensiv-medizin	Station C01Ci	Nachtschicht	100,00%	0
Geriatrie	M St. MB05 / Innere Medizin	Tagschicht	100,00%	0
Geriatrie	M St. MB05 / Innere Medizin	Nachtschicht	85,71%	0
Kardiologie	MB06 / Innere Medizin	Tagschicht	0,00%	0
Kardiologie	MB06 / Innere Medizin	Nachtschicht	50,00%	0
Kardiologie	MC06 / Innere Medizin	Tagschicht	100,00%	0
Kardiologie	MC06 / Innere Medizin	Nachtschicht	100,00%	0
Kardiologie	MA02 / Innere Medizin	Tagschicht	100,00%	0
Kardiologie	MA02 / Innere Medizin	Nachtschicht	100,00%	0
Kardiologie	MZNAAE / Innere Medizin	Tagschicht	100,00%	0
Kardiologie	MZNAAE / Innere Medizin	Nachtschicht	100,00%	0
Kardiologie	MC05 / Innere Medizin	Tagschicht	100,00%	0
Kardiologie	MC05 / Innere Medizin	Nachtschicht	50,00%	0
Kardiologie	MB05 / Innere Medizin	Tagschicht	100,00%	0
Kardiologie	MB05 / Innere Medizin	Nachtschicht	100,00%	0
Kardiologie	MB04 / Innere Medizin	Tagschicht	100,00%	0

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monats-bezogener Erfüllungs-grad	Ausnahme-tatbestände
Kardiologie	MB04 / Innere Medizin	Nachtschicht	100,00%	0
Kardiologie	MB02_MC02 / Innere Medizin	Tagschicht	100,00%	0
Kardiologie	MB02_MC02 / Innere Medizin	Nachtschicht	50,00%	0

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad
Intensiv-medizin	MB01I / Intensiv	Tagschicht	100,00%
Intensiv-medizin	MB01I / Intensiv	Nachtschicht	100,00%
Intensiv-medizin	Station B01Bi	Tagschicht	75,47%
Intensiv-medizin	Station B01Bi	Nachtschicht	96,23%
Intensiv-medizin	Station A01Di	Tagschicht	72,16%
Intensiv-medizin	Station A01Di	Nachtschicht	92,61%
Intensiv-medizin	MC01W / Weaning	Tagschicht	100,00%
Intensiv-medizin	MC01W / Weaning	Nachtschicht	100,00%
Intensiv-medizin	Station A01Ai	Tagschicht	68,40%
Intensiv-medizin	Station A01Ai	Nachtschicht	90,09%
Intensiv-medizin	Station C01Ci	Tagschicht	50,00%
Intensiv-medizin	Station C01Ci	Nachtschicht	73,11%
Geriatrie	M St. MB05 / Innere Medizin	Tagschicht	78,87%

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad
Geriatrie	M St. MB05 / Innere Medizin	Nachtschicht	74,65%
Kardiologie	MB06 / Innere Medizin	Tagschicht	25,00%
Kardiologie	MB06 / Innere Medizin	Nachtschicht	45,00%
Kardiologie	MC06 / Innere Medizin	Tagschicht	70,00%
Kardiologie	MC06 / Innere Medizin	Nachtschicht	81,67%
Kardiologie	MA02 / Innere Medizin	Tagschicht	100,00%
Kardiologie	MA02 / Innere Medizin	Nachtschicht	96,67%
Kardiologie	MZNAAE / Innere Medizin	Tagschicht	83,33%
Kardiologie	MZNAAE / Innere Medizin	Nachtschicht	98,33%
Kardiologie	MC05 / Innere Medizin	Tagschicht	50,00%
Kardiologie	MC05 / Innere Medizin	Nachtschicht	63,33%
Kardiologie	MB05 / Innere Medizin	Tagschicht	65,00%
Kardiologie	MB05 / Innere Medizin	Nachtschicht	86,67%
Kardiologie	MB04 / Innere Medizin	Tagschicht	73,33%
Kardiologie	MB04 / Innere Medizin	Nachtschicht	93,33%
Kardiologie	MB02_MC02 / Innere Medizin	Tagschicht	68,33%
Kardiologie	MB02_MC02 / Innere Medizin	Nachtschicht	45,00%

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Qualitätsstrategie des Klinikums Region Hannover

„Aus Verantwortung gemeinsam für gute Medizin“

Unser Selbstverständnis prägt auch die Qualitätsstrategie des Klinikverbundes. Wohnortnah 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 Klinikums Region Hannover (KRH) fördert die Vernetzung und die Qualitätsverbindlichkeit.

In den somatischen Klinikstandorten ist jeweils eine Gesamtzertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015 umgesetzt. Zusätzlich werden in den Zentren Audits und Fachzertifizierungen durchgeführt. Die Psychiatrien des KRH werden bis 2023 nach DIN EN ISO zertifiziert sein. Erstmalig hat im Jahr 2020 eine externe Auditierung mit erfolgreicher Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015 für den Geltungsbereich Führungsprozesse der Geschäftsführung, Kernleistungen der Zentralbereiche, Stabsstellen und Beauftragte mit dem übergeordneten Zweck der Patientenversorgung im Klinikverbund KRH stattgefunden. Betrachtet wurden dabei die Unternehmensstrategie, Unternehmensplanung inkl. Management von Entwicklungen, Unternehmenssteuerung und Unternehmenskommunikation.

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 Institut für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene sowie die Zentralapotheke des KRH gestalten gemeinsam Maßnahmen, um die Qualität der Verordnung von Antiinfektiva zu verbessern. Unter anderem werden damit auch die Resistenzen gegen Antibiotika verringert. Multidisziplinäre Teams aus Ärzt*innen und Apotheker*innen arbeiten hier gebündelt für unsere Patientinnen und Patienten zusammen.

Das Klinikum Region Hannover hatte in der Vergangenheit bei der strategischen Neuausrichtung des Qualitätsmanagementsystems entschieden, sich an einem umfassenderen Qualitätsprojekt freiwillig zu beteiligen, der Initiative Qualitätsmedizin (IQ^M). Seit 2017 werden nun jährlich und fortlaufend die konkreten 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.
Insgesamt wurden in den sechs Jahren der IQM-Mitgliedschaft siebzehn Peer Reviews in KRH Krankenhäusern durchgeführt. Im Berichtsjahr 2020 haben aufgrund der Corona-Pandemie keine Peer Reviews von IQ^M stattfinden können.

Die Verschärfungen der Rahmenbedingungen fördern die weitere Schwerpunktbildung und gezielte Spezialisierung der Leistungsangebote. Die Medizinstrategie 2025 des KRH verbindet die geforderte Konzentration mit der gleichzeitigen Sicherung einer möglichst wohnortnahen Versorgung in der Region Hannover. Darüber hinaus wurden strategische Themen für die beiden Psychiatrien des Klinikum Region Hannover bearbeitet. Mit der Psychiatriestrategie 2025

werden zukunftsweisende, am vorhandenen und zukünftigen Bedarf ausgerichtete komplexe Leistungen weiterentwickelt.

Die Digitalisierung ist auch im Gesundheitswesen ein relevanter und bedeutender Faktor. Das KRH arbeitet daran, moderne Medizin und vernetzte Kommunikation für die Patientensicherheit umzusetzen. Ein Einsatzgebiet ist beispielsweise die Digitalisierung von Patientenakten. Hier werden Mitarbeitende mittel- und langfristig von zeitraubenden Tätigkeiten entlastet (z. B. Suchen nach medizinischen Befunden). Zudem sind die sichere digitale (da lesbare) Speicherung der Medikation oder der Wegfall von Doppeldokumentation wesentliche Aspekte, die zugleich die Pflege entlasten als auch die Patientensicherheit erhöhen.

In der Corona-Pandemie haben sich die neuen digitalen Vitaldatenmessgeräte bewährt. Sie waren schon auf einigen Corona-Stationen an einigen Standorten innerhalb des KRH im Einsatz. Mit den mobilen, leichten Geräten können Blutdruck, Sauerstoffsättigung und Körpertemperatur gemessen werden. In Zukunft können Daten mit ihrer Hilfe direkt nach der Messung per WLAN in die digitale Patientenkurve übertragen werden. Dies stellt eine enorme Arbeitserleichterung für die Pflegefachkräfte dar.

Durch die unmittelbare Übertragung in die digitale Patientenkurve entfällt umständliches Notieren und späteres Eintragen am stationären Rechner und Übertragungsfehler können nahezu ausgeschlossen werden. Damit werden die Untersuchungen im KRH komplett digital abgebildet und es bleibt mehr Zeit für den Kontakt mit den Patient*innen.
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 oder die Betroffene in der Region gerade benötigt.

D-2 Qualitätsziele

Konsekutiv wurde auch die Qualitätsstrategie des KRH Klinikums Region Hannover 2016 konzeptionell überarbeitet. Es wurden grundlegende Anforderungen an ein modernes Qualitätsmanagementsystem (QMS) definiert, die es mit entsprechenden Maßnahmen für alle Standorte gleichermaßen zu implementieren oder zu konsolidieren galt. Das Konzept soll über Jahre robust und zugleich entwicklungsfähig sein (z.B. bei Zertifizierungsverfahren). Die zentrale strategische Entscheidung fiel auf die Orientierung an der prozessorientierten DIN EN ISO 9001 für den gesamten Klinikkonzern. Die Anwendung dieses Normenwerkes begünstigt den prozessorientierten Ansatz und lässt sich zudem an die unterschiedlichen Reifegrade der QM-Strukturen dezentral und zentral anpassen.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Übergeordnet ist auf Konzernebene eine zentrale Abteilung Qualitätsmanagement eingerichtet. Die dortigen Mitarbeiter stehen den einzelnen Qualitätsmanagementbeauftragten der Häuser beratend für konkreten Themen zur Seite. Als zentrales Gremium ist ein Netzwerk Qualitätsmanagement etabliert. Dieses dient als Forum für die Bearbeitung hausübergreifender Themen sowie für den kollegialen Informations- und Erfahrungsaustausch.

Die Abteilung Qualitätsmanagement ist direkt dem Direktorium unterstellt. Zu dem Bereich Qualitätsmanagement gehören zwei für das Qualitätsmanagement qualifizierte Mitarbeiterinnen, eine Beschwerdekoordinatorin und Tumordokumentarinnen, die für die Bereiche des gesamten Standortes und allen Belangen des Onkologischen Zentrums (Krebszentrum) und der Organkrebszentren zuständig sind. Im Onkologischen Zentrum gilt der Grundsatz der interdisziplinären Zusammenarbeit.

Das Klinikum Siloah zeichnet sich durch seine Spezialisierung und seine damit verbundene klinische Fachexpertise aus. In dem Klinikum Siloah gibt es verschiedene zertifizierte Zentren die nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft oder nach den jeweiligen Fachgesellschaften zertifiziert sind. In 2019 wurde das gesamte Klinikum Siloah nach DIN EN ISO 9001 zertifiziert. In der jährlichen Managementbewertung wird die Erreichung der geplanten Ziele bewertet. Interne und externe Audits werden jährlich und systematisch durchgeführt.

In allen Abteilungen sind Qualitätsmultiplikatoren (QMM) benannt, die entsprechend geschult wurden. In den regelmäßigen QMM Treffen, steht die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems, Sachstände zur Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen, Informationen zu Projekten, Schulungen zu aktuellen Themen und der abteilungsübergreifende Austausch im Focus.

Zentrumsbezogen finden interdisziplinäre Qualitätszirkel, an denen auch Kooperationspartner teilnehmen und onkologische standortübergreifende pflegerische Qualitätszirkel statt.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

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

Patientenzufriedenheitsbefragung

Im Klinikum Siloah, wurde im Rahmen eines Pilotprojektes eine regelhafte Patientenzufriedenheitsbefragung, seit 2017, eingeführt. Die Ergebnisse werden kontinuierlich und systematisch erfasst, ausgewertet, intern kommuniziert und bei Bedarf Maßnahmen der Verbesserung eingeleitet.

Beschwerdemanagement – Unsere Chance besser zu werden

Konzernweit ist ein dezentrales Beschwerdemanagement in den einzelnen Krankenhäusern für Patienten, Mitarbeiter und weitere Anspruchsgruppen eingeführt.

Patienten, Angehörige und Mitarbeiter haben die Möglichkeit, ihre Beschwerden schriftlich per Mail über einen Flyer oder direkt über einen Onlinemeldebogen abzugeben. Externe Nutzer des Angebotes finden die Kontaktdaten auf der Internetseite des Klinikums Region Hannover (https://www.krh.de/lob-tadel).

Fehlermanagement CIRS (Critical Incident Reporting System)

Mit dem Ziel keinen Fehler zweimal zu machen, ist seit mehreren Jahren ein anonymes einheitliches **Fehlermeldesystem CIRS** KRH weit etabliert. Ein CIRS ist Bestandteil des klinischen Risikomanagements und umfasst eine Methodik zur anonymen und systematischen Erfassung, Analyse von Fehlern und unerwünschten Ereignissen ohne Patientenschaden. Alle Mitarbeiter haben die Möglichkeit anonym in einem CIRS Meldeportal im Intranet kritische Ereignisse zu melden.

Die regelmäßigen Besprechungen der Meldungen durch den CIRS-Arbeitskreises sichern die Aufarbeitung. Ziel ist die Vermeidung von Fehlern und Schäden durch die gezielte Ableitung risikomindernder Maßnahmen. Darüber hinaus sollen ein für alle Mitarbeiter des KRH zugängliches internes sowie ein institutionsübergreifendes Berichtwesen den Effekt des „voneinander Lernens“ fördern.

Hygienemanagement

Ziel des Hygienemanagements ist es, hygienischen Mängeln und Infektionen entgegenzuwirken bzw. diese zu vermeiden. Im Konzern sind mehrere Hygienefachkräfte standortbezogen eingesetzt. Darüber hinaus sind hausinterne hygienebeauftragte Ärzte benannt und ein externer Krankenhaushygieniker ist bestellt. Als übergeordnetes Gremium zur Bearbeitung von Hygienebelangen ist eine Hygienekommission mit eigenständiger Geschäftsordnung etabliert. Die protokollierten Sitzungen finden zweimal jährlich und bei Bedarf statt. Sämtliche Regelungen hinsichtlich des Hygiene- und Infektionsmanagements finden sich im Hygieneplan, der allen Mitarbeitern über das Intranet zugänglich ist. Zusätzlich finden sich Informationen zur Händedesinfektion als Aushang in den Häusern. Die Umsetzung und Einhaltung der als verbindlich geltenden Hygienestandards werden durch regelhafte Kontrollen (Begehungen, Abklatschuntersuchungen, Unterweisungen etc.) durch die Hygienefachkraft evaluiert, die ggf. entsprechende Maßnahmen initiiert und nachhält. Angelehnt an das holländische Modell wird ein Aufnahmescreening bei allen Patienten durchgeführt. Das Institut für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene ist nach DIN EN ISO 9001:2015 zertifiziert.

Pflichtschulungen, Unterweisungen und Belehrungen

Die Umsetzung des Themas ist in einer Verfahrensanweisung geregelt. Gesetzlich geforderte Schulungen und Unterweisungen der Mitarbeiter zu den Themen; Qualitätsmanagement Hygienemaßnahmen, Brandschutz, Umwelt- und Abfallmanagement, Arbeitssicherheit und notwendige Unterweisungen finden jährlich statt und werden vom QM oder in der Abteilung organisiert. Notwendige Teilnahmenachweise und Listen werden geführt und archiviert.

Schulungen und Ersteinweisungen von neuen Mitarbeitern erfolgen im Rahmen der strukturierten Einarbeitung. Aktuelle Bekanntmachungen werden durch Rundschreiben und Stationsbesuche der Fachkräfte übermittelt. Jährlich erfolgen abteilungsinterne Unterweisungen.

Wissensmanagement/DLS

Wissen wird im Klinikum Region Hannover über eine zentrale Wissensdatenbank allen Mitarbeitern zur Verfügung gestellt.

Das DLS (Dokumentenlenkungsystem) ist im KRH die Sammelstelle für Dokumente, wie z.B. Verfahrensanweisungen, Arbeitsanweisungen, Formulare und

Informationen. Die Dokumente sind systematisch sortiert, sodass auch die neuen Mitarbeiter zu Beginn eine gute Orientierung erhalten. Das Ziel des DLS ist es Dokumente abteilungsbezogen, strukturiert und aktuell zur Verfügung zu stellen, damit sie schnell und einfach aufzufinden sind.

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

Um die Behandlungsqualität weiter zur verbessern, wurde im Klinikum Siloah interdisziplinäre, strukturierte, regelmäßig stattfindende M&M Konferenzen eingerichtet. Im Rahmen der Fallbesprechungen erfolgen, ggf. fächerübergreifend, strukturierte Bearbeitungen der auffälligen Fälle und eine abgeleitete Maßnahmenplanung. Es werden dabei gezielt (stichprobenhaft) gewählte Einzelfälle oder auch Fallserien retrospektiv herangezogen.

Mitarbeiterbefragung

Im Jahr 2020 wurde an allen Krankenhäusern des Klinikverbundes KRH eine Befragung der Pflegekräfte durchgeführt. Es handelte sich um ein Projekt, welches mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss von 2019 – 2021 gefördert wird. Im Zentrum stand dabei der Zusammenhang zwischen guten Arbeitsbedingungen, Arbeitsfähigkeit in der Pflege und die Zufriedenheit von Patienten. Partnerschaften: Arbeit und Zukunft e.V. Hamburg, Universität Ulm und BKK Dachverband der Betriebskrankenkassen. Titel: HALT geben.
Hohe Patient*innen-Zufriedenheit durch alter(n)s- und lebensphasengerechte Arbeitsgestaltung und Berufsverlaufsmodelle in der Pflege.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Das Onkologische Zentrum zur Behandlung von Krebspatienten am KRH Klinikum Siloah

Mit der Gründung des Onkologischen Zentrums, welche bereits im Jahr 2012 erfolgte, wird unter dem Aspekt der interdisziplinären Zusammenarbeit die bestmögliche Versorgung unserer Patienten mit Krebserkrankungen in allen Bereichen sichergestellt. Jährlich findet eine Rezertifizierung und Weiterentwicklung des Onkologischen Zentrums mit den Organkrebszentren (Uroonkologisches Zentrum mit integriertem Prostatakrebszentrum, Blasenkrebszentrum und Nierenkrebszentrum, Viszeralonkologisches Zentrum mit integriertem Pankreaskarzinom- und Darmkrebszentrum, Lungenkrebszentrum, Zentrum für Lymphome, Leukämien und Multiples Myelom, Kopf-Hals-Tumor-Zentrum, Neuroonkologisches Zentrum, Gynäkologisches Krebszentrum und Brustzentrum) nach den Richtlinien der Deutschen Krebsgesellschaft statt. Im September 2019 wurden sowohl das Kopf-Hals-Tumorzentrum als auch das Neuroonkologischen Zentrum nach den Kriterien der DKG erstzertifiziert. Aktuell arbeiten zwölf Organkrebszentrum unter dem Dach des onkologischen Zentrums zusammen.

1. Zielsetzungen

1. Ziel des Onkologischen Zentrums am KRH Klinikum Siloah ist es, eine qualifizierte, umfassende und kontinuierliche Behandlung der Krebspatienten in der Region und überregional zu gewährleisten und sich zu diesem Zweck mit anderen Krankenhäusern und Einrichtungen, die Tumorpatienten behandeln, zu vernetzen. Durch eine

interdisziplinäre Zusammenarbeit sollen Früherkennung, Diagnostik, Behandlung und Nachsorge für Krebspatienten sichergestellt und verbessert werden.

2. Durch das Onkologische Zentrum wird eine umfassende flächendeckende und wohnortnahe Behandlung der Patienten bei Krebserkrankungen sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich sichergestellt. Die Versorgung krebskranker Patienten, erfolgt nach wissenschaftlich anerkannten Methoden und entsprechend der aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften.
3. Durch die Entwicklung von übergreifenden und interdisziplinären Strukturen werden vorhandene Ressourcen effektiv genutzt und gesteuert. Externe Audits nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und nach der DIN EN SIO 9001:2015 werden jährlich durchgeführt.

KRH Klinikum Siloah — Aus Verantwortung gemeinsam für gute Medizin. — KRH Klinikum Nordstadt

Onkologisches Zentrum am KRH Klinikum Siloah

Unternehmen der Region Hannover

DKG Krebsgesellschaft — Zertifiziertes Onkologisches Zentrum

1. Ergebnisqualität und besondere fachliche und fachärztliche Expertise

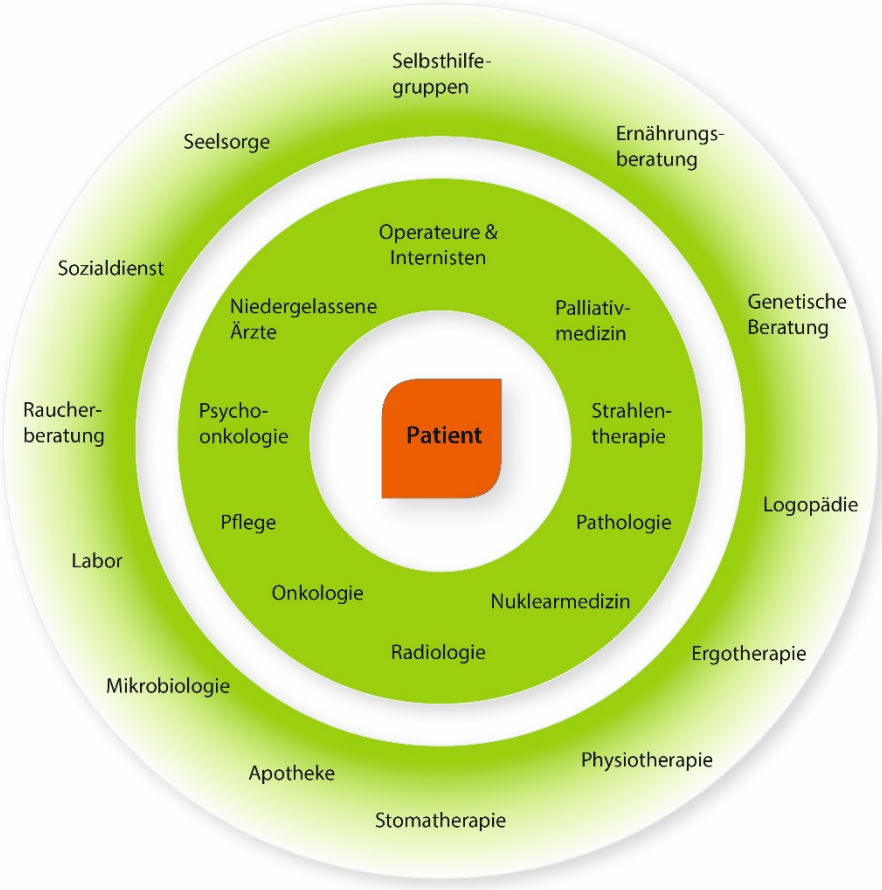
Im Onkologischen Zentrum des KRH Klinikum Siloah werden bösartige Erkrankungen interdisziplinär und interprofessionell nach den aktuellen Leitlinien behandelt. Dies kann neben einer Systemtherapie (Chemotherapie, Immuntherapie, zielgerichtete Therapie, Hormon- Therapie) auch eine Strahlentherapie, eine Operation, eine rein symptomorientierte, palliative Therapie

oder eine reine Verlaufskontrolle beinhalten. Die Therapie wird gemeinsam mit dem Patienten im Rahmen einer interdisziplinären Tumor-konferenz entschieden.

Die Versorgung der Patienten im onkologischen Zentrum erfolgt durch Spezialisten aus unterschiedlichen medizinischen und pflegerischen Fachrichtungen. Zum ganzheitlichen Konzept gehören auch eine ergänzende Betreuung aus den Bereichen Psychoonkologie, Sozialdienst, Seelsorge und Palliativmedizin für Patienten und deren Angehörige. Unterstützung durch Selbsthilfegruppen, besonders in der nachstationären Zeit, ist ebenfalls möglich. Die Diagnostik und Therapie erfolgen nach den aktuellen Standards und Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften. Die jährlichen Qualitätskontrollen durch die Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) schaffen zusätzliche Sicherheit für die Patienten.

Durch die Etablierung von fachübergreifenden Tumorkonferenzen gelangen wir gemeinsam mit ärztlichen Mitarbeitenden aus anderen Fachgebieten und niedergelassenen Fachärzten zu einer umfassenden Empfehlung hinsichtlich Diagnostik und Therapie. In der Krankenpflege werden Fachpflegekräfte mit spezieller onkologischer Zusatzausbildung unterstützend eingesetzt. Pflegevisiten finden regelmäßig statt.

Eine interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit wird auf allen Ebenen der Behandlung sichergestellt.



Übersicht DKG Zertifizierungen Klinikum Region Hannover KRH Standort Siloah

Nr.	Bezeichnung	Erstzertifizierung
1	Onkologisches Zentrum	2012
2	Lungenkrebszentrum	2010
3	Uroonkologisches Zentrum (Prostata, Niere, Blase)	2020
3a	Prostatakrebszentrum	2011
3b	Nierenkrebszentrum	2020
3c	Blasenkrebszentrum	2021
4	Viszeralonkologisches Zentrum (mit Darm, Pankreas)	2016
4a	Darmkrebszentrum	2011
4b	Pankreaskarzinomzentrum	2016
5	Brustkrebszentrum	2005
6	Gynäkologisches Krebszentrum	2019
7	Zentrum für Lymphome, Leukämien und Multiples Myelom	2021

Das Onkologische Zentrum

Zentrumsleiter: Herr PD Dr. Dr. Müller

Erstzertifizierung: 2012

Ausgangssituation: Mit der Gründung des Onkologischen Zentrum, welches bereits im Jahr 2012 erfolgte, soll unter dem Aspekt der interdisziplinären Zusammenarbeit die bestmögliche Versorgung unserer Patienten in allen Bereichen sichergestellt werden. Ziel ist es. kontinuierlich die Versorgungs- und Behandlungsqualität zu stabilisieren und zu verbessern.

Im Onkologischen Zentrum des KRH Klinikums Siloah werden bösartige Erkrankungen interdisziplinär und interprofessionell nach den aktuellen Leitlinien behandelt. Dies kann neben einer Chemotherapie auch eine Strahlentherapie, eine Operation oder eine reine Verlaufskontrolle beinhalten. Die Therapie wird gemeinsam mit dem Patienten im Rahmen einer interdisziplinären Tumorkonferenz entschieden. Ziel ist es kontinuierlich die Versorgungs- und Behandlungsqualität zu stabilisieren und zu verbessern.

Maßnahme: Jährliche erfolgreiche Zertifizierungen und Weiterentwicklung des Onkologischen Zentrums mit den integrierten Organkrebszentren: Lungenkrebszentrum, brustzenbtrum, gynäkologisches Krebszentrum, **Zentrum für Lymphome, Leukämien und Multiples Myelom** (erfolgreiche Erstzertifizierung im Juni 2021) sowie dem Viszeralonkologisches Zentrum mit integriertem Pankreaskarzinom, Darmkrebszentrum und dem Uro-onkologischen Zentrum bestehend aus dem Blasenkrebszentrum, dem Nierenkrebszentrum und dem Prostatakarzinomzentrum, nach den Richtlinien der Deutschen Krebsgesellschaft. Im September 2021 wurden das **Kopf-Hals-Tumorzentrum** als auch das **Neuroonkologischen Zentrum** nach den Kriterien der DKG erfolgreich re-zertifiziert.

Ergebnisse: Im Onkologischen Zentrum des KRH Klinikums Siloah werden bösartige Erkrankungen interdisziplinär und interprofessionell nach den aktuellen Leitlinien behandelt. Dies kann neben einer Chemotherapie auch eine Strahlentherapie, eine Operation oder eine reine Verlaufskontrolle beinhalten.

Die Versorgung der Patienten im Krebszentrum erfolgt durch Spezialisten unterschiedlicher medizinischer und pflegerischer Fachrichtungen. Zum ganzheitlichen Konzept gehören auch ergänzende Hilfen aus den Bereichen Psychoonkologie, Sozialdienst, Seelsorge oder Palliativmedizin für Patienten und deren Angehörige. Unterstützung durch Selbsthilfegruppen, besonders in der nachstationären Zeit, ist ebenfalls möglich. Die Diagnostik und Therapie erfolgen nach den aktuellen Standards der medizinischen Fachgesellschaften. Die jährlichen Qualitätskontrollen (externe Audits) der Deutschen Krebsgesellschaft schaffen zusätzliche Sicherheit für die Patienten.

Durch die Etablierung von fachübergreifenden Tumorkonferenzen gelangen wir gemeinsam, mit ärztlichen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen aus anderen Fachgebieten und niedergelassenen Fachärzten, zu einer umfassenden Empfehlung hinsichtlich Diagnostik und Therapie. In der Krankenpflege werden zusätzlich onkologische ausgebildete Fachpflegekräfte unterstützend eingesetzt.

Die Therapie wird gemeinsam mit dem Patienten im Rahmen einer interdisziplinären Tumorkonferenz entschieden. Ziel ist es kontinuierlich die Versorgungs- und Behandlungsqualität zu stabilisieren und zu verbessern.

Lungenkrebszentrum

Zentrumsleiter: Herr Prof. Dr. Fieguth, Frau Dr. Heilmann

Erstzertifizierung: 2010

Ausgangsbasis:

Das Lungenkrebszentrum ist seit 2010 durchgängig zertifiziert und bietet Patienten aus der gesamten Region Expertise in der Diagnostik und Therapie von Lungenkrebs und Pleuramesotheliom. Durch die Vernetzung mit den Kooperationspartnern ist eine optimale Therapieplanung möglich. In der wöchentlichenTumorkonferenz werden jeweils die bestmöglichen Therapieansätze besprochen. Moderne thoraxchirurgische Verfahren inklusive VATS Lobektomie wie auch moderne Strahlentherapeutische Verfahren inklusive stereotaktische Bestrahlung und Gamma-Knife gehören zum Standardrepertoire des Lungenkrebszentrums.

Moderne Lungenkrebstherapie beinhaltet neben operativen oder strahlentherapeutischen Verfahren auch Systemtherapien wie Chemotherapien Immuntherapien oder moderne zielgerichtete Therapien.

Molekularpathologische Ansätze (das heißt die Untersuchung des Tumorgewebes auf bestimmte Zielrezeptoren) gehört zur Basis der Diagnostik. Zur weiteren Optimierung hat des Lungenkrebszentrum die Aufnahme in das von der Bundes Regierung geforderte Projekt Netzwerkzentrum Genomische Medizin beantragt. Dieses ist ein bundesweiter Zusammenschluss von Experten und Expertinnen in der Lungenkrebs Diagnostik und Therapie.

Maßnahmen:

Ein Antrag Netzwerk genomische Medizin wurde gestellt.

Ergebnis:

Der Antrag wurde positiv bewertet, Ringsversuche sind ausstehend. Sobald eine Bestätigung vorliegt, wird diese entsprechend publiziert.

Uroonkologisches Zentrum (Prostata, Niere, Blase

Zentrumsleiter:

Uroonkologisches Zentrum:	Herr Prof. Dr. A. Pelzer, MBA
Erstzertifizierung:	2020
Prostatakrebszentrum	Herr Dr. Baltes
Erstzertifizierung:	2011
Nierenkrebszentrum	Herr Dr. Khaffaf
Erstzertifizierung:	2020
Blasenkrebszentrum:	Herr Dr. Lippka
Erstzertifizierung:	2021

Ausgangslage: Durch enge Kooperationen mit den anderen Abteilungen des KRH sind optimale Voraussetzungen für die interdisziplinäre individuelle Krankenversorgung gegeben, von denen insbesondere Patienten mit komplexen Krankheitsbildern profitieren. Innerhalb der von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten onkologischen Zentren (Prostatakarzinomzentrum und Onkologisches Zentrum) stehen für unsere urologischen Krebspatienten individuell optimierte, interdisziplinär abgestimmte Behandlungskonzepte, die auf aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen, zur Verfügung.

Maßnahmen: Um die Behandlung von Krebspatienten mit urologischen Tumoren weiter auszubauen wurde in 2020 die bereits in etablierten Zentrumsstrukturen durchgeführte Behandlung von Nierenkrebspatienten der externen Überprüfung durch die Deutsche Krebsgesellschaft unterzogen. Zudem bietet das Zentrum viele eigeninitiierte aber auch gesponserte Studien an.

Ergebnis: Durch die erfolgreich bestandene Zertifizierung als Nierenkrebszentrum erhielt die Klinik auch das Zertifikat als Uroonkologisches Zentrum (Prostata, Niere) von der Deutschen Krebsgesellschaft.
Wir können eine umfassende Diagnostik und Therapie aller Tumorstadien anbieten. Hierbei profitieren unsere Patienten von einer engen Zusammenarbeit aller für den Patienten besonders wichtigen Fachdisziplinen wie unter anderem Urologie, Onkologie, Thoraxchirurgie, Viszeralchirurgie, Nephrologie und Strahlentherapie. Auch jenseits der rein medizinischen Behandlung erfolgt mit Hilfe unserer Kollegen der Psychoonkologie und des Sozialdienstes eine umfassende Versorgung unserer Patienten. Die Erweiterung des Zentrums um das Modul Blasenkrebs findet in 2021 statt.

DaVinci Zentrum Hannover Mitte

Leitung: Herr Prof. Dr. A. Pelzer, MBA

Ausgangslage:

Seit vielen Jahren ist die 3D-Laparoskopie einer der Schwerpunkte der Klinik für Urologie im KRH Klinikum Siloah. Diese hohe fachliche Expertise soll durch das moderne chirurgische Roboter-Assistenzsystem Da Vinci X ergänzt und im Da Vinci Zentrum Hannover Mitte gebündelt werden.

Maßnahmen:

Im Juni 2020 wurde das Da Vinci-System in Betrieb genommen und mit der systematischen Ausbildung von Operateuren und Assistenzpersonal begonnen.

Ergebnis:

Mittelweile wurden 4 Ärzte als DaVinci-Operateure ausgebildet. Nahezu alle Prostatektomien, Nierenkrebsoperationen und Zytektomien werden mittlerweile mit dem Da Vinci-System durchgeführt.

Wir können mit unserer Erfahrung sehr sicher die nierenerhaltenden Operationen bei Nierenkrebs, potenz- und kontinenzerhaltende Operationen bei Prostatakrebs sowie große Operationen bei Blasenkrebs operieren. Dabei gehen wir am Da Vinci Zentrum Hannover Mitte zunehmend neue, hochmoderne Wege der Operation – insbesondere bei Niere und Prostata, um noch schonender und funktionserhaltender zu operieren. Dazu gehören insbesondere die Hood-Technik bei DaVinci Prostatektomien zum bestmöglichen Erhalt der Körperfunktionen, die nierenerhaltenden Operationen auch bei großen Nierentumoren, die sogenannten Salvage- Operationen, die intrakorporale Neoblasenanlage beim Blasenkrebs. Insgesamt wird ein komplettes Angebot der DaVinvi-Operationen angeboten.

Viszeralonkologisches Zentrum (Darm, Pankreas)

Zentrumsleiter:	Herr Prof. Dr. Mall
Erstzertifizierung Viszeralonkologisches Zentrum:	2016
Erstzertifizierung Darmkrebszentrum:	2010
Erstzertifizierung Pankreaskarzinomzentrum:	2016

Ausgangslage:
Seit 1999 liegt eine ständig überarbeitete und aktualisierte S3-Leitlinie für das kolorektale Karzinom (KRK) vor. Hintergrund stellt u.a. die zunehmende Häufigkeit der Erkrankungen dar. Das kolorektale Karzinom ist bei Männern und Frauen die 3. bzw. 2. häufigste maligne Erkrankung. Da die Entstehung des KRK bekannt ist, zählen nicht nur die Operation, Strahlen- und Chemotherapie, sondern auch die Prävention sowie die Vorsorge zu einer strukturierten Therapie dieser Krebsform. Die optimale Patientenversorgung steht dabei stets im Mittelpunkt. Als Maß der eigenen Leistungen und Strukturen einerseits, als Hinweisgeber für Verbesserung andererseits dient die Organisation in einem Zentrum mit regelmäßiger Zertifizierung.

Maßnahmen:
Sicherstellung der Ressourcen Ausbildung, Personal und Weiterbildung in Bezug auf das Erkrankungsbild des kolorektalen Karzinoms.

Ergebnis:
Mit der Erstzertifizierung im Jahre 2010 wurde der Grundstein für eine langjährig interdisziplinär gewachsene und ständig verbesserte leitliniengerechte Therapie des KRK im Standort Siloah gelegt. Kontinuierliche Rezertifizierungen sind das Ergebnis des klinikeigenen Anspruchs für die Patienten eine bestmögliche, komplexe interdisziplinäre Behandlung anzubieten. Die Themen Pra¨vention/Fru¨herkennung, Identifikation von Risikogruppen, diagnostische und therapeutische Endoskopie, chirurgische Therapie, onkologisch-strahlentherapeutische Therapie (adjuvant, neoadjuvant, bei Metastasierung) sowie die Nachsorge werden vollumfänglich in unserer Klinik zusammen mit unseren Behandlungspartnern abgebildet.

Nachdem das Darmkrebszentrum initialisiert und anschließend mit großem Erfolg vorangetrieben worden ist, ergab sich als natürliche Folge die Zertifizierung des Pankreaskarzinomzentrums im Jahre 2016. Einige der bereits etablierten Strukturen aus dem Darmkrebszentrum konnten auch für die Entität des Pankreaskarzinoms genutzt und somit weiter ausgebaut werden.

Brustkrebszentrum

Zentrumsleiter: Herr Dr. Ismaéel

Erstzertifizierung: 2005

Ausgangslage: In 2004 wurde die Entscheidung getroffen ein kooperatives Brutzentrum zu gründen. Da die zunehmende Entstehung des Brustkarzinoms bekannt ist, zählen nicht nur die Operation, Strahlen- und Chemotherapie, sondern auch die Prävention sowie die Vorsorge zu einer strukturierten Therapie zu dieser Krebsform. Die optimale Patientenversorgung steht dabei stets im Mittelpunkt. Die Versorgung erfolgt bei Diagnostik, Versorgung und Behandlung nach den Leitlinien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und der Deutschen Gesellschaft für Senologie (DGS).
Maßnahmen: Projektvorbereitung und Schaffung aller notwendigen Strukturen auf der Grundlage der Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft in den Standorten KH Siloah, Gehrden und Großburgwedel.
Ergebnis: In Kooperation wurde in 2005 die Standortübergreifende Zertifizierung des Kooperativen Brustzentrums mit den KH Siloah, Gehrden und Großburgwedel, erreicht. Mehr als 1.400 Frauen vertrauen sich jährlich stationär dem Kooperativen Brustzentrum an, über 4.000 Frauen lassen sich ambulant behandeln. Das Kooperative Brustzentrum arbeitet interdisziplinär sowohl ambulant als auch stationär eng mit Partnern der Fachgebiete Radiologie, Nuklearmedizin, Strahlentherapie, Onkologie, Pathologie, Schmerztherapie, Psychoonkologie sowie Sozialarbeit und Selbsthilfe zusammen. Die Therapiequalität wird jedes Jahr durch OnkoZert und ClarCert überprüft.

Gynäkologisches Krebszentrum

Zentrumsleiter: Herr Dr. Ismaéel

Erstzertifizierung: 2019

Ausgangslage: In 2019 wurden alle vorbereitenden Maßnahmen zur Gründung eines Gynäkologischen Krebszentrum im Siloah durchgeführt. Mit dem Einzug in das KRH Siloah 2015, wurden die Patientinnen mit Gebärmutter-, Gebärmutterhals-, Eierstock- oder Krebs des äußeren Genitales behandelt. Die Versorgung erfolgt bei Diagnostik, Versorgung und Behandlung nach den Leitlinien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG). Die wöchentliche interdisziplinäre Tumorkonferenz sichert den betreuten Frauen das Wissen eines qualifizierten Expertenteams nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft.
Maßnahmen: Sicherstellung der Ressourcen Ausbildung, Personal und Weiterbildung in Bezug auf das Erkrankungsbild des genitalen Karzinoms. Um für Sie die individuell bestmögliche Behandlung zu gewährleisten, steht ein speziell ausgebildetes Team zur Verfügung. Nähere Informationen erhalten Sie in unseren Sprechstunden**.**
Ergebnis: Mit der Erstzertifizierung im Jahre 2019 wurde der Grundstein für eine interdisziplinär verbesserte leitliniengerechte Therapie des genitalen Karzinoms im Standort Siloah gelegt. Dabei wird unsere Arbeit von erfahrenen Psychoonkologen, Sozialarbeitern und onkologisch geschulten Pflegekräften unterstützt. Kontinuierliche Re-Zertifizierung ist ein Ziel zur Sicherung der bestmöglichen, komplexen interdisziplinären Behandlung für alle Patientinnen.

Fachgesellschaftszertifizierungen

Nr.	Bezeichnung	Erstzertifizierung
1	Interdisziplinäres Zentrum für Gefäßmedizin	2012
2	Diabetologisches Fußzentrum	2013
3	Weaningzentrum	2011
4	Kompetenzzentrum für Hernienchirurgie	2015
5	Kompetenzzentrum für chirurgische Erkrankungen der Leber	2019
6	Nephrologische Schwerpunktklinik	2019
7	Zentrum für Hypertonie	2019
8	Interdisziplinäres Zentrum für Dialysezugänge (Shuntzentrum)	2019
9	Endometriosezentrum	2021

Interdisziplinäres Zentrum für Gefäßmedizin

Leitung: Herr Dr. Lorenzen

Erstzertifizierung: 2012

Ausgangslage: Mit einer Gefäßzentrumszertifizierung sollen die Verbindungen zwischen der ambulanten und stationären Versorgung gestärkt werden. Ziel ist es die Patienten stärker in das Zentrum unseres Handelns zu stellen. Von den Beteiligten wird erwartet, dass sie einen ganzheitlichen Ansatz zur Lösung des individuellen Gefäßproblems des einzelnen Patienten erarbeiten. Im zertifizierten Gefäßzentrum soll eine sachgerechte, serviceorientierte Arbeitsteilung den weiter steigenden Anforderungen flexibel und effizient gerecht werden. Daher müssen sich in den Gefäßzentren kompetente und spezialisierte Vertreter der jeweiligen Fachrichtungen zusammenfinden und kooperativ und konstruktiv zusammenarbeiten.

Maßnahme: Einhaltung und Umsetzung der Anforderungen an ein zertifiziertes interdisziplinäres Gefäßzentrum.

Ergebnis: Das Zentrum für Gefäßmedizin wurde bereits 2004 als interdisziplinäre Organisationseinheit des Klinikum Oststadt-Heidehaus gegründet. Bereits dort arbeiteten die Abteilungen Angiologie, Gefäßchirurgie und vaskuläre Radiologie eng vernetzt zusammen, um einen optimalen Ablauf und Informationsaustausch in der Diagnostik und Therapie des individuellen Patienten zu gewährleisten. Als ambulanter Partner wird eng mit der größten angiologischen Gemeinschaftspraxis Hannovers kooperiert. Diese Arbeit konnte nach Bezug des Klinikum Neubaus am Standort Siloah unter noch besseren Rahmenbedingungen wie zum Beispiel einem Hybrid-Op und neuen Katheter Messplätzen erfolgreich fortgeführt werden. Das Gefäßzentrum arbeitet Im Klinikum Siloah eng mit dem diabetischen Fußzentrum sowie den Kliniken für Kardiologie, Pneumologie und Nephrologie zusammen. Bereits 2005 wurde das Gefäßzentrum

erstmals zertifiziert und wurde seitdem wiederholt durch die drei gefäßmedizinischen Fachgesellschaften für Angiologe, Gefäßchirurgie und Radiologie re-zertifiziert, zuletzt für den Zeitraum: 01.04.2021 - 31.03.2024.

Die Vorgehensweisen und Behandlungsrichtlinien im Zentrum für Gefäßmedizin werden laufend überprüft und dem aktuellen Stand angepasst, um eine bestmögliche Versorgung unserer Patienten zu gewährleisten.

Diabetologisches Fußzentrum

Leitung: Herr Dr. Sommer

Erstzertifizierung: 2013

Ausgangslage: In der Region Hannover gab es kein stationäres Versorgungszentrum für Patienten mit DFS. Diabetologische Schwerpunktpraxen in Hannover und der Region forderten die Krankenhäuser auf, adäquate Versorgungsstrukturen aufzubauen. Zielsetzung der Einrichtung eines Diabetischen Fußzentrums, war zum einen die Sicherstellung des Versorgungsauftrages der Region Hannover, chronisch kranke, multimorbide Patienten wohnortnah und qualitativ hochwertig zu behandeln. Zum anderen die weitere konsekutive Professionalisierung die medizinische Qualität zu steigern.

Eine Auswertung der deutschen Arbeitsgemeinschaft „Diabetischer Fuß“ an insgesamt 13.000 in einem Fußzentrum behandelten Patienten zeigt, dass die Amputationsraten unter 4 % liegen und damit deutlich niedriger als der bundesweite Durchschnitt von 10-15 %.

Maßnahme: Im Diabetologischen Fußzentrum, am Standort KRH Klinikum Siloah, kooperieren verschiedene Fachdisziplinen des KRH mit niedergelassenen Schwerpunktpraxen, um die bestmögliche Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Ziel ist die Vermeidung von Amputationen und die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen wohnortnahen Behandlung von chronisch kranken und multimorbiden Diabetespatienten. Hierbei erfolgen regelmäßige Vorstellungen in den ärztlichen und pflegerischen Fußvisiten. Extra ausgebildete Wundmanagerinnen werden in diesem Bereich eingesetzt. Das Zentrum ist von der Deutschen Diabetesgesellschaft als Fuß Schwerpunktbehandlungseinrichtung re-zertifiziert worden.

Ergebnis: In unserem Zentrum werden moderne Verfahren der Wundbehandlung und Durchblutungsverbesserung eingesetzt. So kommen beispielsweise körpereigene Wachstumsfaktoren zur Wundheilungsbeschleunigung zum Einsatz.

Das Behandlungsteam unter Leitung des Internisten und Diabetologen Dr. Dirk Sommer besteht aus Gefäßmedizinern, Radiologen und (Gefäß-)Chirurgen. So können alle Aspekte der diabetischen Stoffwechseltherapie berücksichtigt

werden. Über eine Kooperation mit Orthopädie- Schuhmachern und Orthopädie-

Technikern ist ebenfalls die Bereitstellung von notwendigen Hilfsmitteln (z. B. Therapieschuhen) sichergestellt. Das Fußzentrum ist über die regionalen Grenzen hinaus gut etabliert.

Weaningzentrum

Zentrumsleiter: Herr Prof. Dr. Fühner, Frau Meyhöfer

Erstzertifizierung: 2011

Ausgangslage: Die Klinik für Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin im Klinikum Siloah steht für die über hundertjährige medizinische Tradition der Lungenklinik Heidehaus und ist Marktführer in der Region Hannover. Seit über 10 Jahren ist das Beatmungszentrum wesentlicher Bestandteil der Klinik - und bietet hohe ärztliche, pflegerische, atmungs- und physiotherapeutische Expertise.

Struktur: In unserem Beatmungszentrum sind die Einheit für Respiratorentwöhnung (Weaning), die pneumologische Intensivstation und die auf außerklinische Beatmung spezialisierte Normalstation eng vernetzt.

Weaningeinheit

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

Die Weaningeinheit besteht seit 2003 und ist seit 2011 im „WeanNet“ durch die deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungmedizin (DGP) zertifiziert.

Hier werden vorwiegend beatmete Patienten externer Kliniken aus der Stadt Hannover, der umgebenden Region und dem Bundesland Niedersachsen therapiert.

Heimbeatmung:

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

Ergebnisse:

Seit der Umsetzung in 2016 werden regelmäßig ca. 80 Patienten pro Jahr mit einer

durchschnittlichen Liegezeit von knapp 40 Tagen zur Entwöhnung von der invasiven Beatmung behandelt. Etwa die Hälfte der Patienten konnte vollständig ohne Beatmung und etwa ein Viertel mit einer nicht-invasiven Maskenbeatmung in die Häuslichkeit entlassen werden.

Referenzzentrum für Hernien Chirurgie

Zentrumsleiter: Herr Dr. Hügel
Erstzertifizierung: 2015

Ausgangslage: Jährlich werden in der Bundesrepublik 350.000 Hernien operiert. Die optimale Versorgung der Brüche stellt nicht selten eine Schwierigkeit dar. Das Kompetenzzentrum für Hernien Chirurgie wurde im Sommer 2019 erfolgreich re-zertifiziert. Im Großraum Hannover stellen wir als eines der Hauptzentren die Versorgung sicher. Qualitativ hochwertig werden die Patienten individuell nach ihren Befunden maßgeschneidert therapiert.

Maßnahme: Unter Durchführung einer Qualitätssicherungsstudie wird die Qualität unter den Augen der Fachgesellschaften DGAV und DHG gemessen und sichergestellt. Eine erneute Re-Zertifizierung ist für 2021 geplant.

Ergebnis: Sicherstellung der operativen Hernien Versorgung unter den höchsten Ansprüchen der Fachgesellschaften von speziell ausgebildeten Hernien Chirurgen.

Kompetenzzentrum für chirurgische Erkrankungen der Leber

Zentrumsleiter: Herr Prof. Dr. Fangmann

Erstzertifizierung: 2019

Ausgangsituation: Jedes Jahr erkranken in Deutschland rund 6.000 Menschen an Leberkrebs, mehr als 25.000 Menschen erkranken außerdem an Lebermetastasen, insbesondere nach Dickdarm- und Enddarmkrebs. Diese Metastasen entstehen oft erst Jahre nach der erfolgten Operation. Viele dieser Erkrankungen sind heilbar, wenn sie früh erkannt und operiert werden. Diese Erkenntnis bildet den Grundstein für unsere Arbeit. Unser Ziel ist es, Lebertumoren und Lebermetastasen bestmöglich zu versorgen. Dazu gehört zunächst die Aufklärung und Vorsorge, ebenso die Früherkennung sowie die darauffolgende Diagnostik. Die anschließende Therapie erfolgt medikamentös oder operativ, je nachdem wie es die Erkrankung erfordert. Wir arbeiten eng mit anderen Fachabteilungen und Fachexperten aus dem ambulanten und stationären Bereich zusammen, z.B. mit Gastroenterologen, Onkologen und Strahlentherapeuten. Dadurch ist es uns möglich, ein optimales Behandlungsergebnis zu erzielen. Unser Betreuungsangebot geht über eine rein medizinische Behandlung hinaus – neben Sozialdienstmitarbeitern gehören auch Psychoonkologen zum Team, die Sie jederzeit unterstützen.

Maßnahme: Vorbereitung und Umsetzung der geforderten Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeral Chirurgie.

Ergebnis: Seit September 2019 sind wir ein zertifiziertes Kompetenzzentrum Leberchirurgie der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeral Chirurgie – und damit das erste und einzige seiner Art in ganz Niedersachsen.

Nephrologische Schwerpunktklinik – Zentrum für Hypertonie
Leitung: Herr Prof. Dr. Menne
Erstzertifizierung: 2019

Ausgangslage: Bereits 2012 wurde die Klinik für Nephrologie, Hochdruck- und Gefäßerkrankungen am Klinikum Oststadt-Heidehaus als nephrologische Schwerpunktklinik zertifiziert.

Entgegen einer Zertifizierung nach DIN ISO 9001:2015, bei der es im Wesentlichen um eine Zertifizierung im Managementbereich handelt, steht bei der Zertifizierung als Nephrologische Schwerpunktklinik die Behandlung des Patienten bzw. der Patientin deutlich mehr im Fokus. In der zertifizierten nephrologischen Schwerpunktklinik soll eine sachgerechte, serviceorientierte Arbeitsteilung den weiter steigenden Anforderungen flexibel und effizient gerecht werden. Daher müssen sich in zertifizierten nephrologischen Schwerpunktkliniken kompetente und spezialisierte Vertreter der jeweiligen Fachrichtungen zusammenfinden und kooperativ und konstruktiv zusammenarbeiten.

Maßnahme: Ende 2018 wurde beschlossen eine erneute Zertifizierung als nephrologische Schwerpunktklinik anzustreben.

Ergebnis: Es wurde mit den Vorbereitungen zur Erfüllung der Anforderungen als zertifizierte nephrologische Schwerpunktklinik begonnen.

1.a Zentrum für Hypertonie

Ausgangslage: Im Rahmen des Umzuges und Zusammenlegung der Kliniken Oststadt-Heidehaus und Siloah wurde bereits 2014 die Klinik für Nieren, Hochdruck- und Gefäßerkrankungen des Klinikums Oststadt-Heidehaus als Zentrum für Hypertensiologie (DHL) zertifiziert. Zwischenzeitlich haben sich die Zertifizierungsbestimmungen geändert, so dass eine erneute Zertifizierung notwendig wurde.

Maßnahme: In 2018 wurde der Beschluss gefasst, zusammen mit der Zertifizierung als Nephrologische Schwerpunktklinik, die Zertifizierung als Klinik für Hypertensiologie anzustreben.

Ergebnis: Mit allen notwendigen Vorbereitungen wurde begonnen die Zertifizierung einzuleiten. Im vierten Quartal 2019 wurde die Zertifizierung erreicht.

Stand 2019

1. b Nephrologische Schwerpunktklinik

Ausgangslage: In 2018 wurde der Beschluss gefasst, die Klinik erneut als nephrologische Schwerpunktklinik zu zertifizieren.

Maßnahmen: Die Vorbereitungen wurden abgeschlossen.

Ergebnis: Im August 2019 wurde die Klinik erfolgreich als nephrologische Schwerpunktklinik zertifiziert.

Interdisziplinäres Zentrum für Dialysezugänge (Shuntzentrum)

Zentrumsleiter: Frau Dr. Tidow

Erstzertifizierung: 2019

Ausgangslage: In der Region Hannover gab es kein stationäres, zertifiziertes Zentrum für Dialysezugänge. Ziel ist es, für nephrologische Schwerpunktpraxen adäquate Versorgungsstrukturen aufzubauen. Diese sind mit der stationären Dialyseeinheit am Standort des Krankenhauses Siloah und den am Dialysezugang beteiligten Abteilungen der Nephrologie, Radiologie und Gefäßchirurgie gegeben. Der Dialysepatient kann somit qualitativ hochwertig behandelt werden

Maßnahme: Am 25.11.2019 wurde im Krankenhaus Siloah das Referenzzentrum für Dialysezugänge zertifiziert. Damit liegt ein Zentrum der höchsten Versorgungsstufe für Dialysezugänge im Raum Hannover vor.

Ergebnisse: Niereninsuffiziente Patienten mit der Notwendigkeit einer Dialysetherapie werden umfassend von den Abteilungen für Nephrologie, Angiologie und Rheumatologie, der Abteilung für interventionelle Radiologie und der Abteilung für Gefäßchirurgie betreut. Vor dem Hintergrund einer stetig wachsenden Anzahl von Dialysepatienten mit dem begleitend hohen Bedarf an Erstanlagen und Korrekturen von Gefäßzugängen zur Hämodialyse und angesichts der zunehmenden Komorbiditäten dieser Patienten haben beteiligte Fachgesellschaften (Angiologie, DGA, Gefäßchirurgie, DGG, Nephrologie, DGfN und Radiologie, DRG/DeGIR) beschlossen, interdisziplinäre Zentren für Dialysezugänge zu unterstützen und zu zertifizieren. Hierbei wurde auch die Implementierung der pflegerischen Leitlinien und der interdisziplinären Empfehlungen zum Umgang mit Gefäßzugängen unterstützt.

Durch die Etablierung festgelegter, strukturierter Behandlungswege kann dem niereninsuffizienten Patienten die individuell bestmögliche Therapie ohne Zeitverlust geboten werden. Dies betrifft die Anlage von nativen Dialysezugängen, die Implantation von Dialysezugängen mit prothetischem Material, die Implantation von Peritonealdialysekathetern und passageren Dialysekathetern. Im Fall von akuten und subacuten Verschlüssen ist das erklärte Ziel der Erhalt des Dialysezugangs und dies mit mininimalinvasiven Eingriffen.

Kontaktaufnahme:

1. Dialysepatienten können über die Shuntsprechstunde unter 0511-927-3300 angemeldet werden, um Informationen über einen anstehenden Dialysezugang zu erhalten.

2. Ist eine Aufdehnung eines Dialysezugangs erforderlich, können die Patienten über die Radiologie unter 0511- 927-1600 anmeldet werden.

3. Sollte zunächst eine Dialysetherapie über einen passageren Katheter erforderlich sein, können die Patienten über die Dialyseeinheit unter 0511-927-2415 anmeldet werden.

Endometriosezentrum

Zentrumsleiter: Herr Dr. Shaalan

Erstzertifizierung: 2021

Ausgangslage: Die Endometriose ist eine gutartige chronische Erkrankung, bei den Geweben, dass der Gebärmutterschleimhaut ähnelt, außerhalb der Gebärmutterhöhle vorkommt. Jährlich erkranken rund 40.000 Frauen in Deutschland an Endometriose. Häufige Beschwerden sind Unterleibschmerzen, Blutungsstörungen und Unfruchtbarkeit. Trotzdem vergehen in Deutschland zwischen dem Auftreten erster Symptome und der Diagnose im Durchschnitt sechs Jahre. Unser Ziel ist es, erkrankte Patientinnen gemeinsam zu unterstützen und Ihnen eine qualitative und den modernsten Leitlinien entsprechende Behandlung zu bieten.

Maßnahme: In 2021 wurde das Endometriose Zentrum, nach den Richtlinien der Fachgesellschaft, erfolgreich zertifiziert.

Ergebnis: In unserem zertifizierten Endometriose Zentrum arbeitet ein erfahrenes Team verschiedener Fachexperten unter einem Dach zusammen, so dass eine optimale Betreuung der Patienten in jeder Behandlungsphase garantiert ist. Wir arbeiten interdisziplinär sowohl ambulant als auch stationär eng mit Partnern der Fachgebiete Pathologie, Schmerztherapie sowie Sozialarbeit und Selbsthilfe zusammen. Die umfassende Nachsorge in enger Kooperation mit den niedergelassenen Frauenärzten ermöglichen eine durchgehende und umfassende medizinische Versorgung auf höchstem Niveau.

Projekt Assist Device - Impella

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

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

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

Projekt FITT STEMI

Ausgangssituation: Die Grundsätze der Versorgung von ST-Hebungs-Myokardinfarkten ist zwar in Leitlinien der deutschen und europäischen Fachgesellschaften beschrieben und wird in einigen Parametern von BQS und AQUA erfragt, lässt aber nach einigen Erkenntnissen der letzten Jahre keine wirklich belastbare Aussage über die Qualität der Infarktversorgung vom Erstkontakt des Patienten bis zu seiner Behandlung zu. Zudem wird offenbar noch nicht ausreichend die Leitlinienvorgabe (Zeit vom Erstkontakt mit Rettungsdienst bis Wiedereröffnung des Infarktgefäßes <120 min) eingehalten, wie einige Untersuchungen zeigten. Seit 2006 existiert ein zunächst als Studie begonnenes bundesweites Projekt (**FITT STEMI = F**eedback-**I**ntervention and **T**reatment **T**imes in **ST-E**levation **M**yocardial **I**nfarction), das umfassendere und möglicherweise bessere Parameter zur Qualitätserfassung dokumentiert. Das Konzept dieses Projekts liegt vor allem in der nachhaltigen Verbesserung der Kommunikation aller Beteiligter an der Infarktversorgung vom Rettungsdienst über die Notaufnahmemitarbeiter bis zu den Mitarbeitern der interventionellen Kardiologien aus allen Berufsberechen (sieh auch www.fitt-stemi.de)

Maßnahmen: Im August 2012 begann eine systematische Erfassung aller ST-Hebungs-Infarkt-Patienten hinsichtlich der Zeiten des Erstkontaktes (mit dem Notarzt), den Zeitintervallen des Transportes sowie aller Zeiten bis zur endgültigen Behandlung im Herzkatheterlabor. Diese Erfassung auf einheitlichen FITT-STEMI Erfassungsbögen, die Datenpflege, -vollständigkeitskontrolle und die Eingabe in ein pseudonymisiertes Datenerfassungssystem erfolgt durch Mitarbeiter der Kardiologie und ist durch ein Ethikkommissionsvotum abgesichert. Zudem erfolgt nach 30 Tagen und einem Jahr eine telefonische Nachfrage beim Patienten als Follow-up.

Ergebnis: Inzwischen wurden mehr als 1228 Patienten (Stand 30.07.2020) in die Untersuchung eingeschlossen.

Akutgeriatrie

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

Maßnahmen: Mit dem 1. 5. 2015 wird im KRH Klinikum Siloah das Spektrum um eine akutgeriatrische Einheit im Bereich der Klinik für Gastroenterologie erweitert, die von der Oberärztin Frau Dr. med. Leydecker geleitet wird. Seit 2017 wurden die geriatrischen Betten auf 20 Betten erweitert. Neben der akut-medizinischen Behandlung geriatrischer Patienten, die ohnehin fester Bestandteil des therapeutischen Konzeptes im KRH Klinikum Siloah ist, hat die geriatrisch frührehabilitative Komplexbehandlung das Ziel, die typischen medizinischen Besonderheiten geriatrischer Patienten, die deren Fähigkeiten und Ressourcen einschränken, spezifisch aufzugreifen und im Rahmen des stationären

Aufenthaltes intensiv zu behandeln. Hierbei steht die Zusammenarbeit eines interdisziplinären Teams in enger Abstimmung mit dem Patienten und deren Angehörigen im Focus. Zu dem Team gehören: Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, eine Psychologin und aktivierende Pflege. Der Sozialdienst stellt die Organisation der häuslichen Versorgung sicher.

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

DaVinci Zentrum Hannover Mitte

Leitung: Herr Prof. Dr. A. Pelzer, MBA

Ausgangslage: Seit vielen Jahren ist die 3D-Laparoskopie einer der Schwerpunkte der Klinik für Urologie im KRH Klinikum Siloah. Diese hohe fachliche Expertise soll durch das moderne chirurgische Roboter-Assistenzsystem Da Vinci X ergänzt und im Da Vinci Zentrum Hannover Mitte gebündelt werden.

Maßnahmen: Im Juni 2020 wurde das Da Vinci-System in Betrieb genommen und mit der systematischen Ausbildung von Operateuren und Assistenzpersonal begonnen.

Ergebnis: Mittelweile wurden 4 Ärzte als DaVinci-Operateure ausgebildet. Nahezu alle Prostatektomien, Nierenkrebsoperationen und Zytektomien werden mittlerweile mit dem Da Vinci-System durchgeführt.

Wir können mit unserer Erfahrung sehr sicher die nierenerhaltenden Operationen bei Nierenkrebs, potenz- und kontinenzerhaltende Operationen bei Prostatakrebs sowie große Operationen bei Blasenkrebs operieren. Dabei gehen wir am Da Vinci Zentrum Hannover Mitte zunehmend neue, hochmoderne Wege der Operation – insbesondere bei Niere und Prostata, um noch schonender und funktionserhaltender zu operieren. Dazu gehören insbesondere die Hood-Technik bei DaVinci Prostatektomien zum bestmöglichen Erhalt der Körperfunktionen, die nierenerhaltenden Operationen auch bei großen Nierentumoren, die sogenannten Salvage- Operationen, die intrakorporale Neoblasenanlage beim Blasenkrebs. Insgesamt wird ein komplettes Angebot der DaVinvi-Operationen angeboten.

Einrichtung einer Ausbildungsstation im Pflegedienst im Klinikum KH Siloah in 2020

Ausgangslage / Ziele

1. Sicherstellung der neuen Anforderungen des Pflegeberufereformgesetzes und besonders der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (siehe Dokumentations-/Nachweispflicht praktischer Anleitung sowie der Fortbildungsverpflichtung für Praxisanleitende)
2. Erhöhung der Standortattraktivität durch attraktive Ausbildungsbedingungen (ein Lernort Azubistation ist im KRH nicht präsent)
3. Entwicklung und Förderung der Handlungskompetenz der internen und externen Auszubildenden / Studierenden durch erhöhte Autonomie bei der Planung, Durchführung und Auswertung der Pflegemaßnahmen
4. Förderung der Reflexion und situationsgerechtem Feedback als Elemente der Entwicklung beruflicher Handlungskompetenz zur Steigerung des Lernerfolges der Auszubildenden / Studierenden und Entwicklung eigenverantwortlichen Handelns
5. Ein erweitertes Rollen-/Stellenangebot
6. Aktivierung der Synergieeffekte durch eine dynamische Lernkooperation (KRH Akademie – Klinikum Siloah)

Maßnahmen

1. Erstellung eines Personalkonzeptes Azubistation (inkl. Mindest-, Normal-, Maximalbesetzung Auszubildender) welches die ganzjährige Verfügbarkeit von Auszubildenden / Studierenden sicherstellt
2. Organisatorische Abtrennung einer Organisationseinheit Azubistation C5 (20 stationäre Betten)
3. Schaffung von Verantwortlichkeit durch Benennung und Rollendefinition von zwei Projektverantwortlichen inkl. Schaffung zeitlicher Projektressourcen
4. Anpassung Einarbeitungskonzept der Organisationseinheit mit dem Fokus Auszubildende (Checkliste)
5. Anpassung der Ablaufschemata (Tagesstruktur im Früh- und Spätdienst)
6. Technische und baulich-räumliche Ausstattung der Azubistation (u.a. zusätzliche Pflegewagen mit PC sowie Lern-/Simulationsraum)
7. Erstellung von Rollen-/Tätigkeitsprofilen für die Lernbegleiter entsprechend der Qualifikation
8. Schaffung eines Angebotes zur Fortbildung als Lernbegleiter Azubistation im Umfang von 2-4 UE
9. Gezielte Personalentwicklung entsprechend dem Personalkonzept (Weiterbildung berufspädagogische Zusatzqualifikation 300 Std.)

10. Interne und externe Kommunikation (u.a. Intranet-Artikel, Soziale-Medien – Instagram, Veröffentlichung in Fachzeitschriften, Erstellung Logo)

Ergebnis / Kennzahlen

1. Standortbezogene Erhöhung der Übernahmequote KRH interner Auszubildender >80 Prozent
2. Erhöhung der Standortattraktivität für interne sowie externe Auszubildende (zukünftige Mitarbeitende)
3. Einhaltung der gesetzlichen Nachweispflicht der einsatzbezogenen Praxisanleitung (>10 Prozent der jeweiligen Einsatzdauer)
4. Horizontale (fachliche) Entwicklungsmöglichkeiten für pflegerische Mitarbeitende als Lernbegleiter mit / ohne berufspädagogische Zusatzqualifikation entsprechend dem Personalkonzept (Teilnahmequote / Anzahl weitergebildete Mitarbeitende)
5. Dynamische Lernkooperation zwischen KRH Akademie und dem praktischen Lernort Standort Siloah

Zufriedenheit der Auszubildenden (Befragung, angelehnt an JAV-Fragebogen), Patienten:innen (Befragung, siehe QM), Mitarbeiterbefragung (moderierte Gruppendiskussion)

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

In der Klinikum Region Hannover GmbH existiert ein effektives und ergebnisorientiertes Qualitätsmanagement. In diesem Kontext ist ein wichtiger Bestandteil zur Evaluation der Qualitätsziele und deren Erreichungsgrad, sich mit anderen Einrichtungen und Institutionen im Gesundheitswesen zu vergleichen bzw. sich von externen Auditoren bewerten zu lassen.

Infolge eines Geschäftsführungsbeschlusses wurde sich 2018 für die Einführung des Qualitätsmanagementsystems der ISO 9001 für alle Standorte des KRHs und alle zentralen Bereiche entschieden. Im Rahmen dessen finden jährliche interne und externen Audits statt. In den einzelnen Kliniken wurden Bereiche nach den Fachgesellschaften zertifiziert. Auf der Grundlage der Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft wurde in dem Jahr 2012, ein Onkologischen Zentrum (Krebszentrum) mit verschiedenen Organkrebszentren gegründet und seitdem stetig weiterentwickelt.

Übersicht DKG Zertifizierungen Klinikum Region Hannover KRH Standort Siloah

Nr.	Bezeichnung	Erstzertifizierung
1	Onkologisches Zentrum	2012
2	Lungenkrebszentrum	2010
3	Uroonkologisches Zentrum (Prostata, Niere, Blase)	2020
3a	Prostatakrebszentrum	2011
3b	Nierenkrebszentrum	2020
3c	Blasenkrebszentrum	2021
4	Viszeralonkologisches Zentrum (mit Darm, Pankreas)	2016

Nr.	Bezeichnung	Erstzertifizierung
4a	Darmkrebszentrum	2011
4b	Pankreaskarzinomzentrum	2016
5	Brustkrebszentrum	2005
6	Gynäkologisches Krebszentrum	2019
7	Zentrum für Lymphome, Leukämien und Multiples Myelom	2021

Fachgesellschaftszertifizierungen

Nr.	Bezeichnung	Erstzertifizierung
1	Interdisziplinäres Zentrum für Gefäßmedizin	2012
2	Diabetologisches Fußzentrum	2013
3	Weaningzentrum	2011
4	Kompetenzzentrum für Hernienchirurgie	2015
5	Kompetenzzentrum für chirurgische Erkrankungen der Leber	2019
6	Nephrologische Schwerpunktklinik	2019
7	Zentrum für Hypertonie	2019
8	Interdisziplinäres Zentrum für Dialysezugänge (Shuntzentrum)	2019
9	Endometriosezentrum	2021

Kontinuierliche Überwachung und Messung der Dienstleistung

Interne Audits

Mit den jährlich stattfindenden internen Audits, werden die Funktion und die Einhaltung der Normen des Qualitätsmanagements der ISO 9001 und die geltenden Verfahren und Standards regelmäßig in den zertifizierten Bereichen überprüft. Gleichzeitig werden Umsetzung und Wirksamkeit der formulierten Qualitätsziele geprüft. Interne Audits dienen außerdem dazu, vorhandene Potentiale zu erkennen und Verbesserungen zu veranlassen.

Die internen Audits werden von qualifizierten Auditoren durchgeführt. Eine jährliche Auditplanung und ein dreijähriges Auditprogramm, wird durch die Qualitätsmanagementbeauftragte erstellt.

Externe Audits

Im Klinikum KRH Siloah gibt es drei Zertifizierungsebenen, nach DIN EN ISO 9001, nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft und nach Anforderungen der Fachgesellschaft. Das KRH Klinikum Siloah wird einmal jährlich im Rahmen des externen Audits zur Zertifizierung gemäß DIN EN ISO 9001:2015 von einer unabhängigen und akkreditierten Zertifizierungsstelle auditiert. Zusätzlich werden unter dem Dach des Onkologischen Krebszentrums die Organzentren jährlich durch die Auditoren der Deutschen Krebsgesellschaft und die Kliniken mit Fachgesellschaftszertifizierungen von Auditoren der Fachgesellschaft innerhalb von drei geprüft.

Lieferantenbewertung

Es werden die internen Hauptlieferanten des KRH Klinikum Siloah einmal jährlich bewertet. Die zu erbringenden Dienstleistungen in ihrer Qualität haben direkten Einfluss auf die Versorgung/ Zufriedenheit unserer Kunden. Die Kooperation und vereinbarte Dienstleistung ist vertraglich mit den Lieferanten geregelt. Die Ergebnisse werden in den unterschiedlichen Foren vorgestellt und ggf. Maßnahmen der Verbesserung eingeleitet.

Benchmark

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

Seit 2017 beteiligt sich die Klinikum Region Hannover GmbH an der Initiative Qualitätsmedizin.