



2021

KRH KLINIKUM SILOAH

STRUKTURIERTER QUALITÄTSBERICHT

§ 136B ABSATZ 1 SATZ 1 NUMMER 3 SGB V FÜR NACH § 108 SGB V
ZUGELASSENE KRANKENHÄUSER



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
Tobias Vaasen
Telefon: (0511) 927 6021
Fax: (0511) 927 97 6020
E-Mail: tobias.vaasen@krh.de



Ärztlicher Direktor
Dr. med. Michael Stufler
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**

kommissarische Leitung 01.11.2021 bis 31.05.2022
Dr. med. Alexander Calderoni
Telefon: (0511) 927 2102
Fax: (0511) 927 97 2100
E-Mail: alexander.calderoni@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 Gastroenterologie,
interventionelle Endoskopie,
Diabetologie und Akutgeriatrie**

Chefarzt seit 01.06.2022
Prof. Dr. med. Frank Grünhage
Telefon: (0511) 927 2100
Fax: (0511) 927 97 2100
E-Mail: frank.gruenhage@krh.de

KLINIKEN
KRH Klinikum Siloah

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



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:
PD Dr. med. Sudip Kundu
Telefon: (0511) 927 3600
Fax: (0511) 927 97 3600
E-Mail: sudip.kundu@krh.de



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



KLINIKEN
KRH Klinikum Siloah

**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



KRH KLINIKUM NEUSTADT AM RÜBENBERGE

KRH KLINIKUM GROSSBURGWEDEL

KRH PSYCHIATRIE LANGENHAGEN

KRH GERIATRIE LANGENHAGEN

KRH PSYCHIATRIE WUNSTORF

KRH KLINIKUM NORDSTADT

KRH KLINIKUM SILOAH

KRH KLINIKUM LEHRTE

KRH KLINIKUM AGNES KARLL LAATZEN

KRH KLINIKUM ROBERT KOCH GEHRDEN

KRH
KLINIKUM REGION HANNOVER

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 2021

KRH Klinikum Siloah

Dieser Qualitätsbericht wurde am 6. Oktober 2022 erstellt.

Inhaltsverzeichnis

-	Einleitung	4
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	5
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	5
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	6
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	6
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	6
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	7
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	8
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	8
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	10
A-9	Anzahl der Betten	14
A-10	Gesamtfallzahlen	15
A-11	Personal des Krankenhauses	15
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	30
A-13	Besondere apparative Ausstattung	47
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V.....	49
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	50
B-1	Kardiologie, Rhythmologie, internistische Intensivmedizin	50
B-2	Hämatologie, Onkologie und Immunologie	58
B-3	Gastroenterologie, Endoskopie, Diabetologie und Akutgeriatrie.....	66
B-4	Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin	75
B-5	Allgemein-, Viszeral- und minimalinvasive Chirurgie.....	85
B-6	Gefäßchirurgie.....	94

B-7	Thoraxchirurgie.....	101
B-8	Urologie	109
B-9	Frauenheilkunde.....	120
B-10	Anästhesiologie und operative Intensivmedizin.....	129
B-11	Diagnostische und Interventionelle Radiologie.....	135
B-12	Palliativmedizin.....	141
B-13	Nephrologie, Angiologie und Rheumatologie	145
C	Qualitätssicherung	154
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	154
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	154
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	154
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	154
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	173
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	176
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	177
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr.....	177
D	Qualitätsmanagement	183
D-1	Qualitätspolitik	183
D-2	Qualitätsziele	185
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	185
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements.....	186
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte.....	187
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	204

- 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.de

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.de

Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <https://siloah.krh.de/>

Link zu weiterführenden Informationen:

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2021:

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA u.a. im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA-Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2021 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2021 wieder. 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 2021 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.de
Institutionskennzeichen	260321781
Standortnummer aus dem Standortregister	772721000
Standortnummer (alt)	00
URL	https://siloah.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.de

Pflegedienstleitung

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

Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin	
Funktion	Geschäftsführender kaufmännischer Direktor
Titel, Vorname, Name	Herr Tobias Vaasen
Telefon	0511/927-6021
Fax	0511/927-976020
E-Mail	tobias.vaasen@krh.de

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 Begleitedienst 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 jeden ersten Mittwoch im Monat, ausgesetzt in 2021
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)		Eingang auf religiöse und kulturelle Gewohnheiten
NM02	Ein-Bett-Zimmer		
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		kein Schwimmbad

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.de

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	KI Anästhesiologie und Intensivtherapie KI Allgemein- und Viszeralchirurgie KI Gastroenterologie KI Kardiologie KI Hämatologie und Onkologie KI Urologie KI Pneumologie KI Palliativmedizin KI Nephrologie KI Gynäkologie KI Thorax - Gefäßchirurgie
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Alle Kliniken beteiligen sich an der Studenten*innenausbildung.
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	KI Kardiologie KI Pneumologie KI Thorax - Gefäßchirurgie KI Anästhesiologie und Intensivtherapie KI Allgemein- und Viszeralchirurgie KI Urologie KI Hämatologie und Onkologie KI Gynäkologie
FL05	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien	KI Allgemein- und Viszeralchirurgie KI Gastroenterologie KI Hämatologie und Onkologie KI Pneumologie KI Urologie KI Thorax – Gefäßchirurgie KI Gynäkologie

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 KI Gynäkologie

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien	KI Gastroenterologie KI Kardiologie KI Hämatologie und Onkologie KI Pneumologie KI Nephrologie KI Allgemein- und Viszeralchirurgie KI Urologie KI Thorax – Gefäßchirurgie KI Gynäkologie
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher	KI Pneumologie KI Nephrologie KI Kardiologie KI Anästhesiologie und Intensivtherapie KI Allgemein- und Viszeralchirurgie KI Urologie KI Thorax - Gefäßchirurgie KI Hämatologie und Onkologie KI Gynäkologie
FL09	Doktorandenbetreuung	KI Kardiologie KI Anästhesiologie und Intensivtherapie KI Allgemein- und Viszeralchirurgie KI Urologie KI Thorax - Gefäßchirurgie KI Pneumologie KI Hämatologie und Onkologie KI Gynäkologie

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger	Die Ausbildung wurde durch die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner abgelöst.
HB03	Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut	<p>Im Klinikum Region Hannover stehen zentral in der unternehmenseigenen Akademie Ausbildungsplätze zur Verfügung - und als Studium Physiotherapie B.Sc in Kooperation mit der HAWK Hildesheim.</p> <p>https://akademie.krh.de/ausbildung/physiotherapie</p>
HB10	Hebamme und Entbindungspfleger	<p>Die Ausbildung läuft bis August 2023 aus und wird dann in Kooperation mit der MHH angeboten:</p> <p>https://akademie.krh.de/praktischesJahr/hebammenwissenschaft</p>
HB07	Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA)	<p>Im Klinikum Region Hannover stehen zentral in der unternehmenseigenen Akademie Ausbildungsplätze zur Verfügung. Die praktische Ausbildung erfolgt im OP des Klinikum Siloahs.</p> <p>https://akademie.krh.de/ausbildung/operationstechnische-assistenz</p>
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)	Im Klinikum Region Hannover stehen zentral in der unternehmenseigenen Akademie Ausbildungsplätze zur Verfügung. https://akademie.krh.de/ausbildung/anaesthesietechnische-assistenz
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	Im Klinikum Region Hannover stehen zentral in der unternehmenseigenen Akademie Ausbildungsplätze zur Verfügung. Die praktische Ausbildung erfolgt im Klinikum Siloah. https://akademie.krh.de/ausbildung/pflegefachkraft
HB20	Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	Im Klinikum Region Hannover stehen zentral in der unternehmenseigenen Akademie Ausbildungsplätze zur Verfügung - in Kooperation mit der Hochschule Hannover. https://akademie.krh.de/ausbildung/pflegefachkraft

Zusätzlich bieten wir die Ausbildung zur Medizinische/-r Fachangestellte/-r (MFA) in den Standorten an.

A-9 Anzahl der Betten

Betten	
Betten	564

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	21788
Teilstationäre Fallzahl	327
Ambulante Fallzahl	18889
Fallzahl stationsäquivalente psychiatrische Behandlung	0

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: 202,13

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	201,13	
Ambulant	1	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	202,13	
Nicht Direkt	0	

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 105,61

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	104,61	
Ambulant	1	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	105,61	
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: 463,39

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	448,7	
Ambulant	14,69	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	463,39	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 218,01

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	207,09	
Ambulant	10,92	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	218,01	
Nicht Direkt	0	

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 1,78

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,78	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,78	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 1,78

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,78	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,78	
Nicht Direkt	0	

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 7,7

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,7	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,7	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 2,85

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,85	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,85	
Nicht Direkt	0	

Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.

Ausbildungsdauer: 7-8 Semester

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 3,36

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,36	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,36	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 3,36

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,36	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,36	
Nicht Direkt	0	

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 7,27

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,27	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,27	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 5,27

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,27	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,27	
Nicht Direkt	0	

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 7,26

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,26	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,26	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 3,19

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,19	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,19	
Nicht Direkt	0	

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 3,23

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,23	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,23	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 1,09

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,09	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,09	
Nicht Direkt	0	

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 3,3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,3	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 3,3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,3	
Nicht Direkt	0	

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 48,88

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	42,53	
Ambulant	6,35	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	48,88	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 40,41

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	36,14	
Ambulant	4,27	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	40,41	
Nicht Direkt	0	

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

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

Anzahl Vollkräfte: 3,75

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,75	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,75	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 17,01

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	17,01	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	17,01	
Nicht Direkt	0	

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 9,94

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,94	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,94	
Nicht Direkt	0	

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Anzahl Vollkräfte: 5,52

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,52	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,52	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 0,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,5	
Nicht Direkt	0	

SP15 - Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister

Anzahl Vollkräfte: 0,94

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,94	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,94	
Nicht Direkt	0	

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 0,38

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,38	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,38	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 0,08

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,08	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,08	
Nicht Direkt	0	

SP24 - Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 2,14

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	2,14	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,14	
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.de

A-12.1.2 Lenkungs-gremium

Die Besprechungsfrequenz ist unterschiedlich.

Steuerungsgruppen bezüglich der Betriebsorganisation Siloah gesamt treffen sich alle 14 Tage

Steuerungsgruppen der Zentren 6 mal im Jahr

4 interdisziplinäre Qualitätszirkel im Jahr

6 pflegerische Qualitätszirkel im Jahr

Qualitätsmultiplikatorentreffen erfolgen alle 8 Wochen.

Lenkungs-gremium	
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	interdisziplinärer Qualitätszirkel, beauftragte Personen je Organkrebszentrum und aus dem Krebszentrum 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.de

A-12.2.2 Lenkungs-gremium

Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe	
Lenkungs-gremium / 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		
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Name: RM 04 Datum: 01.08.2016	Festgelegtes schriftliches Verfahren liegt vor.
RM05	Schmerzmanagement	Name: RM 05 Datum: 01.08.2016	Festgelegtes schriftliches Verfahren liegt vor.
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.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen		Ein schriftlich beschriebenes Verfahren liegt vor.
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten		Ist analog der gesetzlichen Bestimmungen und intern als Verfahren geregelt.
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	<ul style="list-style-type: none"> - Tumorkonferenzen - Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen - Palliativbesprechungen - Qualitätszirkel 	Finden regelmäßig ganzjährig statt.
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		KH Siloah einheitlicher Standard
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten		Arbeitsgrundlage ist eine erweiterte WHO Checkliste, diese wird regelhaft bei allen Patienten und Patientinnen verwendet.
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust		Findet regelhaft statt.
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde		Werden geprüft und liegen vor.
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen		Verfahren ist in einem StOP geregelt.
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung		StOPs liegen vor.
RM18	Entlassungsmanagement		Ein 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
Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaustygienikern	1	0,5 VK Krankenhaustygienikerin, ergänzt durch Direktor des IMK
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	14	In jeder Fachabteilung gibt es einen benannten Arzt. Krankenhaustygieniker und hygienebeauftragte Ärzte werden von den HFK und den Hygieneansprechpartnern in der Pflege unterstützt.
Fachgesundheits- und 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.de

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	71,00 ml/Patiententag
Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	109,00 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/starseite/	SGB V, § 137 Krankenhausspiegel Hannover
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	DAS-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 mehrfach 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 2021 wurde zu rund 15 % der Vorgänge die telefonische oder persönliche Kontaktaufnahme gewählt.

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
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 2021 zu 85 % schriftlich vorgetragen.
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	https://www.krh.de/lob-tadel
Kommentar	Es sind anonyme Eingaben in das Zentrale Beschwerdemanagement möglich. Diese Form wurde in 2021 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	0511/906-7543
Fax	0511/927-976683
E-Mail	carsta.seidel@krh.de

Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements

Link zum Bericht	http://www.krh.de
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.de

Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprechern

Kommentar	Patientenfürsprecher sind keine Mitarbeitenden 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.de

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

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)		AIDKlinik (R)
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln		
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	<ul style="list-style-type: none"> - Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma) - Elektronische Unterstützung z. B. bei Bestellung, Herstellung, Abgabe von Arzneimitteln. 	
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)		
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	<ul style="list-style-type: none"> - Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung - Zubereitung durch pharmazeutisches Personal - Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen 	Risikoarzneimittel werden durch pharmazeutisches Personal zubereitet.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<ul style="list-style-type: none"> - Fallbesprechungen - Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung - Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) - Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2) 	
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> - 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)	Name: Smart Medication Letzte Aktualisierung: 01.12.2021	Formular in der Verordnungs-Software
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen		
AS03	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese		

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA01	Angiographiegerät/D SA	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 Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	Ja	Gerät am Standort verfügbar
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	Ja	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	Ja	Gerät am Standort verfügbar
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	Ja	Gerät am Standort verfügbar
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung im Klinikverbund KRH verfügbar

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung im Klinikverbund KRH verfügbar
AA47	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung im Klinikverbund KRH verfügbar
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	Ja	Gerät am Standort verfügbar
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	Ja	Gerät am Standort verfügbar
AA69	Linksherzkatheterlabor	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	Ja	Gerät am Standort verfügbar
AA70	Behandlungsplatz für mechanische Thrombektomie bei Schlaganfall	Verfahren zur Eröffnung von Hirngefäßen bei Schlaganfällen	Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung im Klinikverbund KRH verfügbar
AA71	Roboterassistiertes Chirurgie-System	Operationsroboter	Ja	Anschaffung eines OP Roboters (Da Vinci) Mitte 2020, Klinik für Urologie, Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie
AA72	3D-Laparoskopie-System	Kamerasystem für eine dreidimensionale Darstellung der Organe während der Operation	Ja	Kamerasystem für eine dreidimensionale Darstellung der Organe während der OP

Zusätzlich ist ein Hybrid OP und spezielle urologische Geräte vorhanden, wie:
Spezialultraschallgerät Elastographie, MRT-US-Fusionsbiopsie, Laser Greenlight und 2x Holmium, Laser Focal 1 (Gerät und Versorgungsleistung im Klinikverbund KRH verfügbar).

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.de
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	Ja, nach Empfehlung der DKG.

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	2021 wurden gesamt 721 Patienten mit Stents versorgt
VI00	elektrophysiologische Diagnostik	
VI00	Herzschriltmacher bzw. Defibrillatorimplantation	2021 erfolgten 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: 1297 Fälle diagnostische und interventionelle Linksherzkatheter: 487 Fälle, davon 721 Implantate
VI00	Leistungszahlen Herzkatheterlabor	Verschlüsse von Vorhofseptum-Defekten mittels Katheter: 13 Fälle - davon PFO-Verschlüsse: 12 Fälle - davon ASD-Verschlüsse: 1 Fälle
VI00	Katheterablationen	2021 insgesamt: 205
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	CPU Einheit vorhanden
VX00	Perioperative Echokardiographie	
VX00	Ultraschallverfahren (gesteuerte Punktion und Regionalanästhesie)	

B-1.5 Fallzahlen Kardiologie, Rhythmologie, internistische Intensivmedizin

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	3179
Teilstationäre Fallzahl	1

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I50	524	Herzinsuffizienz
2	I21	506	Akuter Myokardinfarkt
3	I48	485	Vorhofflimmern und Vorhofflattern
4	I20	379	Angina pectoris
5	R07	282	Hals- und Brustschmerzen
6	I10	115	Essentielle (primäre) Hypertonie
7	I44	84	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock
8	I47	75	Paroxysmale Tachykardie
9	R55	75	Synkope und Kollaps
10	I49	57	Sonstige kardiale Arrhythmien
11	R00	53	Störungen des Herzschlages
12	I25	49	Chronische ischämische Herzkrankheit

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
13	I95	33	Hypotonie
14	I35	25	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten
15	I26	23	Lungenembolie

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	1153	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung
2	8-837	912	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen
3	8-933	830	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie
4	3-052	437	Transösophageale Echokardiographie [TEE]
5	9-984	427	Pflegebedürftigkeit
6	1-266	307	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt
7	8-640	268	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus
8	8-835	262	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen
9	1-265	196	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt
10	1-268	190	Kardiales Mapping
11	8-642	186	Temporäre interne elektrische Stimulation des Herzrhythmus
12	1-274	170	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung
13	5-377	154	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders
14	8-771	89	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation
15	1-273	64	Rechtsherz-Katheteruntersuchung

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

Trifft nicht zu.

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: 24,76

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	24,76	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	24,76	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 128,39

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 11,86

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11,86	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,86	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 268,04

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
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: 23,68

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	23,68	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	23,68	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 134,25

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,5	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 6358

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,32

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,32	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,32	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 9934,38

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 / psychosomatische 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 Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Martin Müller
Telefon	0511/927-2300
Fax	0511/92797-2300
E-Mail	martin.mueller@krh.de
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	Ja, entsprechend der DKG.

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	2290
Teilstationäre Fallzahl	326

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C90	372	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen
2	C83	285	Nicht follikuläres Lymphom
3	C92	235	Myeloische Leukämie
4	C25	96	Bösartige Neubildung des Pankreas
5	C50	96	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
6	C91	80	Lymphatische Leukämie
7	C18	72	Bösartige Neubildung des Kolons
8	C80	65	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation
9	C82	65	Follikuläres Lymphom
10	C16	61	Bösartige Neubildung des Magens

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	1604	Nicht komplexe Chemotherapie
2	8-547	1010	Andere Immuntherapie
3	8-522	797	Hochvoltstrahlentherapie
4	8-543	747	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie
5	9-984	555	Pflegebedürftigkeit
6	6-001	500	Applikation von Medikamenten, Liste 1
7	1-426	463	(Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren
8	1-424	349	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark
9	6-009	246	Applikation von Medikamenten, Liste 9
10	6-002	191	Applikation von Medikamenten, Liste 2

B-2.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

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: 9,8

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,8	
Ambulant	1	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,8	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 260,23

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 3,92

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,92	
Ambulant	1	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,92	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 784,25

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: 28,91

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	28,91	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	28,91	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 79,21

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,86

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,86	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,86	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1231,18

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: 2290

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,91

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,91	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,91	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2516,48

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 / psychosomatische 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 bis 31.10.2021
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Ahmed Madisch
Telefon	0511/927-2100
Fax	0511/927-92100
E-Mail	ahmed.madisch@krh.de
Straße/Nr	Stadionbrücke 4
PLZ/Ort	30449 Hannover
Homepage	https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/gastroenterologie-interventionelle-endoskopie-diabetologie-und-akutgeriatrie

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	kommissarische Leitung 01.11.2021 bis 31.05.2022
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Alexander Calderoni
Telefon	0511/927-2102
Fax	0511/927-92100
E-Mail	alexander.calderoni@krh.de
Straße/Nr	Stadionbrücke 4
PLZ/Ort	30449 Hannover
Homepage	

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Chefarzt seit 01.06.2022
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Frank Grünhage
Telefon	0511/927-2102
Fax	0511/927-92100
E-Mail	frank.gruenhage@krh.de
Straße/Nr	Stadionbrücke 4
PLZ/Ort	30449 Hannover
Homepage	

B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja, entsprechend der Empfehlung der DKG.

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	
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	Inkl. interdisziplinäre Therapie des diabetischen Fußsyndroms; Spezialisierte Diabetesberatung
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	Inkl. Endoskopische Diagnostik (siehe unten) Stuhluntersuchungen Atemteste
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	Hämorrhoidenbehandlung
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Gastroenterologie, Endoskopie, Diabetologie und Akutgeriatrie	Kommentar
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	Zentrum für die Behandlung von Lebererkrankungen und deren Komplikationen inkl. Aszitestherapie Varizenligatur TIPS-Anlagen
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	Diagnostik bei soliden Tumoren des Gastrointestinaltraktes und der Verdauungsorgane inkl. Leber u. Bauchspeicheldrüse; Falldiskussion in der interdisziplinären Fallkonferenz
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	Akutgeriatrische Komplexbehandlung inkl. verschied. therapeutischer Maßnahmen wie Physiotherapie, Ergotherapie u. Logopädie
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	Behandlung von akuten Suchterkrankungen (Entzugstherapie)
VI27	Spezialsprechstunde	Refluxsprechstunde; Hepatologische Sprechstunde (Privat)
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Gastroenterologie, Endoskopie, Diabetologie und Akutgeriatrie	Kommentar
VI35	Endoskopie	ERC, Gastroskopie, Koloskopie inkl. Polypentherapie, Single-Ballon-Enteroskopie; Proktoskopie, Endosonographie, Kapselendoskopie; Spezielle Behandlungsverfahren: Bougierung, Dialatation, Botox-Anwendung, Endoskopische Vollwandresektionen, ESD, Cholangioskopie, Elektrohydraulische Lithotripsie von Gallensteinen (Zertrümmerung), Zenkerdivertikulotomie, Photodynamische Therapie
	Gastroenterologische Funktionsdiagnostik	pH-Metrie; Hochauflösende Manometrie H2- und C13 Atemtests
	Spezielle Ultraschallverfahren	Radiofrequenzablation, Kontrastmittel gestützte Sonographie (CEUS), Punktion und Drainage
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	Diagnostik und Therapie inkl. Anwendung moderner Therapeutika (Biologika), Ernährungsberatung
VR06	Endosonographie	Punktionen und Drainagen, Nekrosektomie, Transgastrale Gallengangdrainage

B-3.5 Fallzahlen Gastroenterologie, Endoskopie, Diabetologie und Akutgeriatrie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	2849
Teilstationäre Fallzahl	0

B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-3.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	E11	348	Diabetes mellitus, Typ 2
2	K80	237	Cholelithiasis
3	K22	127	Sonstige Krankheiten des Ösophagus
4	K29	121	Gastritis und Duodenitis
5	K56	102	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie
6	F10	91	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
7	K92	87	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems
8	K57	80	Divertikelkrankheit des Darmes
9	R10	73	Bauch- und Beckenschmerzen
10	K21	69	Gastroösophageale Refluxkrankheit

B-3.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
E11	348	Diabetes mellitus, Typ 2
K80	237	Cholelithiasis
K29	121	Gastritis und Duodenitis

B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-3.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-632	1971	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
2	1-650	1045	Diagnostische Koloskopie
3	1-440	638	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
4	9-984	441	Pflegebedürftigkeit
5	5-513	384	Endoskopische Operationen an den Gallengängen
6	1-640	327	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
7	5-469	283	Andere Operationen am Darm
8	3-055	280	Endosonographie der Gallenwege und der Leber
9	1-444	277	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt
10	8-550	265	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

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 Stoffwechselerkrankungen (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	7	Diagnostische Koloskopie
2	1-444	< 4	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt
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: 19,66

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	19,66	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	19,66	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 144,91

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 12,42

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,42	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,42	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 229,39

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
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	Geriatric

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: 42,05

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	42,05	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	42,05	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 67,75

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

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	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1182,16

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	Geriatric	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 / psychosomatische 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.de
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	Ja, entsprechend der Empfehlung der DKG.

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	akkreditiertes 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	4946
Teilstationäre Fallzahl	0

B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-4.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C34	960	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
2	J96	745	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert
3	G47	547	Schlafstörungen
4	J12	456	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert
5	J44	428	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
6	R91	217	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik der Lunge
7	J15	165	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert
8	J84	77	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten
9	D38	67	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens des Mittelohres, der Atmungsorgane und der intrathorakalen Organe
10	J20	59	Akute Bronchitis
11	J69	53	Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen
12	I26	52	Lungenembolie
13	J90	48	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert
14	R04	48	Blutung aus den Atemwegen
15	A15	46	Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert

B-4.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
C34	960	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
J96	745	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert
G47	547	Schlafstörungen
J44	428	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit

B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-4.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-620	3350	Diagnostische Tracheobronchoskopie
2	1-710	2342	Ganzkörperplethysmographie
3	1-711	1673	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität
4	1-715	1534	Sechs-Minuten-Gehtest nach Guyatt

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5	1-791	1218	Kardiorespiratorische Polygraphie
6	8-716	853	Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung
7	8-144	738	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle
8	1-430	523	Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen
9	3-05f	502	Transbronchiale Endosonographie
10	8-98g	392	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern
11	8-717	345	Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen
12	8-713	290	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen
13	8-706	204	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung
14	1-432	180	Perkutane Biopsie an respiratorischen Organen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren
15	8-980	173	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
16	8-718	124	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung
17	1-691	93	Diagnostische Thorakoskopie und Mediastinoskopie

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: 30,4

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	30,4	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	30,4	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 162,70

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 15,37

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	15,37	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	15,37	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 321,80

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: 45,88

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	44,47	
Ambulant	1,41	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	45,88	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 111,22

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,78

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,78	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,78	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1779,14

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,08

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,08	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,08	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 61825

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,79

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,71	
Ambulant	1,08	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,79	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 6966,20

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 / psychosomatische 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.de
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	Ja, nach der Empfehlung der DKG.

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 Adrenalectomie, (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	<p>Operative Komponenten des zertifizierten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Onkologischen, - Darmkrebszentrums, - Pankreaszentrum - Leberzentrum <p>Hepatobiliäre Chirurgie bei primären/sekundären Lebertumoren Intraperitoneale Chemotherapie bei ausgewählten Fällen von Peritonealkarzinose Minimal-invasive Tumorchirurgie</p>
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	<p>Sämtliche minimal-invasiv durchführbaren Eingriffe des Magen-Darm-Traktes nach individueller Indikationsstellung, dabei insbesondere kolorektale Chirurgie (tiefe Rektumresektionen, Hemikolektomie rechts), Pankreaslinksresektion</p>
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	<p>Total endoskopische iliaco-inguinale und axilläre Lymphdissektion, Hernienchirurgie (TEPP+IPOM), kombinierte endoskopisch-laparoskopische Resektionen bei Frühkarzinomen und Vorstufen (Magen/Kolon)</p>

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	1570
Teilstationäre Fallzahl	0

B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-5.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	K40	260	Hernia inguinalis
2	K80	223	Cholelithiasis
3	K35	98	Akute Appendizitis
4	K56	87	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie
5	K57	67	Divertikelkrankheit des Darmes
6	C78	63	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
7	K43	58	Hernia ventralis
8	C18	53	Bösartige Neubildung des Kolons

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
9	K42	34	Hernia umbilicalis
10	C20	33	Bösartige Neubildung des Rektums
11	K61	28	Abszess in der Anal- und Rektalregion
12	C22	27	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
13	C25	22	Bösartige Neubildung des Pankreas
14	K44	18	Hernia diaphragmatica
15	D37	15	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der Mundhöhle und der Verdauungsorgane

B-5.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
K40	260	Hernia inguinalis
K80	223	Cholelithiasis
K57	67	Divertikelkrankheit des Darmes
C78	63	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
C18	53	Bösartige Neubildung des Kolons
C20	33	Bösartige Neubildung des Rektums
C22	27	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
C25	22	Bösartige Neubildung des Pankreas
K44	18	Hernia diaphragmatica

B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-5.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-511	378	Cholezystektomie
2	5-530	264	Verschluss einer Hernia inguinalis
3	5-865	226	Amputation und Exartikulation Fuß
4	5-545	175	Verschluss von Bauchwand und Peritoneum
5	5-470	134	Appendektomie
6	5-455	120	Partielle Resektion des Dickdarmes
7	5-502	120	Anatomische (typische) Leberresektion
8	5-534	109	Verschluss einer Hernia umbilicalis
9	5-454	65	Resektion des Dünndarmes
10	5-467	63	Andere Rekonstruktion des Darmes

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
11	5-536	62	Verschluss einer Narbenhernie
12	5-484	60	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung
13	5-501	50	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion)
14	5-413	34	Splenektomie
15	5-524	34	Partielle Resektion des Pankreas

B-5.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-511	378	Cholezystektomie
5-530	264	Verschluss einer Hernia inguinalis
5-502	120	Anatomische (typische) Leberresektion
5-484	60	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung
5-524	34	Partielle Resektion des Pankreas

B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-530	56	Verschluss einer Hernia inguinalis
2	5-534	26	Verschluss einer Hernia umbilicalis
3	5-897	6	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis
4	5-399	4	Andere Operationen an Blutgefäßen
5	5-401	< 4	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße
6	5-402	< 4	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) als selbständiger Eingriff
7	5-535	< 4	Verschluss einer Hernia epigastrica
8	5-536	< 4	Verschluss einer Narbenhernie

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: 17,26

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	17,26	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	17,26	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 90,96

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 9,09

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,09	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,09	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 172,72

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF28	Notfallmedizin
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie
ZF15	Intensivmedizin

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: 18,11

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	18,11	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	18,11	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 86,69

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,75

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,75	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,75	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2093,33

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,81

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,81	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,81	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1938,27

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 / psychosomatische 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 Methoden 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 oder gefäßerhaltende 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 Thrombosen 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.de
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	Ja, nach der Empfehlung der DKG.
-----------------------------------	----------------------------------

B-6.3 Medizinische Leistungsangebote Gefäßchirurgie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Gefäßchirurgie	Kommentar
VC1 6	Aortenaneurysmachirurgie	
VC1 7	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen	
VC1 8	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen	
VC1 9	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	
VC5 7	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	
VC5 8	Spezialsprechstunde	
VC6 1	Dialyseshuntchirurgie	
VC7 1	Notfallmedizin	

B-6.5 Fallzahlen Gefäßchirurgie

Fallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	584
Teilstationäre Fallzahl	0

B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-6.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I70	168	Atherosklerose
2	T82	106	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen
3	N18	90	Chronische Nierenkrankheit
4	I71	53	Aortenaneurysma und -dissektion

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5	I65	35	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt
6	I74	33	Arterielle Embolie und Thrombose
7	I72	23	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion
8	T81	15	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert
9	T87	6	Komplikationen, die für Replantation und Amputation bezeichnend sind
10	I77	5	Sonstige Krankheiten der Arterien und Arteriolen

B-6.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
I70	168	Atherosklerose
N18	90	Chronische Nierenkrankheit
I71	53	Aortenaneurysma und -dissektion
I65	35	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt
I74	33	Arterielle Embolie und Thrombose
I72	23	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion
I77	5	Sonstige Krankheiten der Arterien und Arteriolen
E11	4	Diabetes mellitus, Typ 2
E78	4	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien
S75	< 4	Verletzung von Blutgefäßen in Höhe der Hüfte und des Oberschenkels

B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-6.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-83b	961	Zusatzinformationen zu Materialien
2	3-035	855	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung
3	5-399	380	Andere Operationen an Blutgefäßen
4	5-381	303	Endarteriektomie
5	5-932	257	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung
6	5-394	227	Revision einer Blutgefäßoperation
7	5-98c	205	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme
8	5-98e	194	Intraoperative Blutflussmessung in Gefäßen

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
9	5-380	190	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen
10	5-392	153	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes
11	5-930	136	Art des Transplantates oder Implantates
12	9-984	90	Pflegebedürftigkeit
13	5-896	85	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
14	5-393	84	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen
15	5-98a	62	Hybridtherapie
16	5-395	59	Patchplastik an Blutgefäßen
17	5-38a	56	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen
18	8-836	52	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention
19	5-916	50	Temporäre Weichteildeckung
20	5-869	48	Andere Operationen an den Bewegungsorganen

B-6.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-399	380	Andere Operationen an Blutgefäßen
5-381	303	Endarteriektomie
5-394	227	Revision einer Blutgefäßoperation
5-380	190	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen
5-392	153	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes
5-393	84	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen
5-395	59	Patchplastik an Blutgefäßen
5-98a	62	Hybridtherapie
5-38a	56	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen
8-836	52	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention

B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-385	< 4	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen
2	5-392	< 4	Anlegen eines arteriovenösen Shunt

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: 6,34

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,34	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,34	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 92,11

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,69

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,69	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,69	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 124,52

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: 4,45

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,45	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,45	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 131,24

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 / psychosomatische 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 videoassistent 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.de
Straße/Nr	Stadionbrücke 4
PLZ/Ort	30449 Hannover
Homepage	https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/thorax-und-gefaesschirurgie

B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja, nach der Empfehlung der DKG.
-----------------------------------	----------------------------------

B-7.3 Medizinische Leistungsangebote Thoraxchirurgie

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

B-7.5 Fallzahlen Thoraxchirurgie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	356
Teilstationäre Fallzahl	0

B-7.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-7.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C34	97	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
2	C78	68	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
3	J86	34	Pyothorax
4	J93	31	Pneumothorax
5	S27	28	Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe
6	R91	11	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik der Lunge

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
7	D14	8	Gutartige Neubildung des Mittelohres und des Atmungssystems
8	S22	7	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule
9	J85	6	Abszess der Lunge und des Mediastinums
10	J98	5	Sonstige Krankheiten der Atemwege

B-7.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
C34	97	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
C78	68	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
J86	34	Pyothorax
J93	31	Pneumothorax
S27	28	Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe
D14	8	Gutartige Neubildung des Mittelohres und des Atmungssystems
S22	7	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule
J85	6	Abszess der Lunge und des Mediastinums
C45	< 4	Mesotheliom
D15	< 4	Gutartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe
D38	< 4	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens des Mittelohres, der Atmungsorgane und der intrathorakalen Organe
E32	< 4	Krankheiten des Thymus

B-7.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-7.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-144	197	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle
2	5-322	170	Atypische Lungenresektion
3	5-333	114	Adhäsiolyse an Lunge und Brustwand
4	5-340	103	Inzision von Brustwand und Pleura
5	5-324	84	Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge
6	5-344	82	Pleurektomie
7	8-173	74	Therapeutische Spülung (Lavage) der Lunge und der Pleurahöhle
8	5-345	57	Pleurodesese [Verödung des Pleuraspaltes]

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
9	5-349	55	Andere Operationen am Thorax
10	5-334	43	Rekonstruktion an Lunge und Bronchien
11	5-342	14	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Mediastinums
12	5-311	13	Temporäre Tracheostomie
13	5-985	11	Lasertechnik
14	5-343	9	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Brustwand
15	5-328	8	Erweiterte (Pleuro-)Pneum(on)ektomie
16	5-325	7	Erweiterte Lobektomie und Bilobektomie der Lunge
17	1-581	6	Biopsie am Mediastinum und anderen intrathorakalen Organen durch Inzision
18	5-323	6	Segmentresektion und Bisegmentresektion der Lunge
19	5-341	6	Inzision des Mediastinums
20	1-691	5	Diagnostische Thorakoskopie und Mediastinoskopie

B-7.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-322	170	Atypische Lungenresektion
5-324	84	Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge
5-344	82	Pleurektomie
5-334	43	Rekonstruktion an Lunge und Bronchien
5-342	14	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Mediastinums
5-985	11	Lasertechnik
5-328	8	Erweiterte (Pleuro-)Pneum(on)ektomie
5-325	7	Erweiterte Lobektomie und Bilobektomie der Lunge
5-323	6	Segmentresektion und Bisegmentresektion der Lunge
1-691	5	Diagnostische Thorakoskopie und Mediastinoskopie
5-077	4	Exzision und Resektion des Thymus
5-316	< 4	Rekonstruktion der Trachea

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	17	Andere Operationen an Blutgefäßen

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: 6,29

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,29	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,29	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 56,59

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,58

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,58	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,58	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 77,72

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
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: 4,45

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,45	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,45	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 80

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
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 / psychosomatische 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.de
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	Ja, nach Empfehlung der DKG.

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 Schlüsselloch-Chirurgie (laparoskopische Operationen mit kleinen Schnitten). Bei der Entfernung von Nierentumoren wird, sofern aus onkologischen und operationstechnischen Gesichtspunkten vertretbar, die Organ-erhaltende Tumorentfernung angestrebt.

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

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

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Urologie	Kommentar
VU01	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenerkrankungen	
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz	
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis	
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters	
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems	
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane	
VU07	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems	
VU09	Neuro-Urologie	
VU10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase	
VU11	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	
VU12	Minimalinvasive endoskopische Operationen	
VU13	Tumorchirurgie	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Urologie	Kommentar
VU14	Spezialsprechstunde	Inkontinenz-Sprechstunde, Tumor-Sprechstunde "second opinion" (zum Einholen einer zweiten Meinung), Nieren- und Harnleitersprechstunde
VU17	Prostatazentrum	Leiter LOA Baltas
	Nierenkrebszentrum, DKG Zertifiziert	Leiter OA Stoll
	Blasenkrebszentrum, DKG Zertifiziert	Leiter OA Lippka
	Hodenkrebszentrum	Leiterin Fr Özdemir
	Endourologischen Zentrum	Leiterin GOÄ Brandt
	Uro-Onkologisches Zentrum, DKG Zertifiziert	Leitung Prof Dr Pelzer
	DaVinci Zentrum Hannover Mitte	Leitung Prof Dr Pelzer
	Interdisziplinäres DaVinci Zentrum Hannover SILOAH	Leitung Prof Dr Pelzer
VU19	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik	
	Roboter – Assistierte laparoskopische DaVinci-Operationen	Minimalinvasiv mit kurzer Operationszeit und kurzen Aufhalten. Es werden mehr als 350 DaVinci Operationen im Jahr durchgeführt.
	DaVinci Zystektomie mit Ersatzblase	
	DaVinci Zystektomie mit Iliumconduit	
	DaVinci Blasenteilentfernung	
	DaVinci Psoas-Hitch Operation bei Harnleiterenge	
	DaVinci Harnleiterersatz - Operation bei Harnleiterenge	
	DaVinci Nierenabgangsengen-Operationen	
	DaVinci Nierenentfernungen über den Bauchraum und Retroperitoneal	
	DaVinci Nierenteilentfernungen über den Bauchraum und Retroperitoneal	
	DaVinci Blasenhalssengenoperationen (Y-V-Plastik)	
	DaVinci Radikale Prostatektomien mit Nerverhalt und mit Hood-Technik	
	DaVinci Nebennierenentfernungen	
	DaVinci Inkontinenzoperationen	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Urologie	Kommentar
	Interdisziplinäre DaVinci-Operationen gemeinsam mit der Allgemeinchirurgie bei großen Darmtumoren oder mit der Gynäkologie	
	Endoskopische Operationen	
	Harnleiterstein-Operationen flexibel minimalinvasiv mit modernem Laser	
	ESWL	
	LASER: Holmiumlaserenukleationen (HOLEP) der Prostata auch bei großen Prostatae bis 300ml bei Prostatavergrößerung	
	Bipolare TURP (Prostatahobelungen mit modernen Methoden ohne Bauchdeckenkatheter)	
	LASER: Greenlightlaseroperationen bei Prostatavergrößerung bei Prostatavergrößerung	
	Harnröhrenschlitzungen	
	Bipolare TURBlase: Entfernung von Blasentumoren	
	Harnleiter-Operationen flexibel minimalinvasiv mit modernem Laser bei Tumoren oder Engen	
	Diagnostik bei Prostatakrebs	
	Moderne MRT der Prostata auch für GKV Versicherte bei Prostatakrebsverdacht	
	MRT-Ultraschall-Fusionierte, gezielte Biopsie der Prostata mit ausführlichem persönlichen Befundbericht in Narkose perineal über den Damm	
	Elastographie-Ultraschall-Fusionierte, gezielte Biopsie der Prostata mit ausführlichem persönlichen Befundbericht in lokaler Narkose	
	Ultraschall gezielte Biopsie der Prostata mit ausführlichem persönlichen Befundbericht in lokaler Narkose	
	Andere Operationen	
	Inkontinenzoperationen	
	Operationen an verengten Harnröhren mittels Mundschleimhaut	
	Andere Operationen am Hoden und Genital	

B-8.5 Fallzahlen Urologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	2411
Teilstationäre Fallzahl	0

B-8.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-8.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	N13	420	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie
2	C61	299	Bösartige Neubildung der Prostata
3	N20	285	Nieren- und Ureterstein
4	C67	280	Bösartige Neubildung der Harnblase
5	N40	165	Prostatahyperplasie
6	N30	138	Zystitis
7	N39	77	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
8	C64	76	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken
9	A49	60	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation
10	N43	56	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	5-573	385	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase
2	5-550	381	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung
3	5-601	316	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe
4	1-465	305	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Genitalorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren
5	5-562	271	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung
6	5-987	244	Anwendung eines OP-Roboters

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
7	5-604	104	Radikale Prostatovesikulektomie
8	5-570	103	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase
9	5-553	76	Partielle Resektion der Niere
10	5-585	53	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra
11	5-611	50	Operation einer Hydrocele testis
12	5-622	46	Orchidektomie
13	5-563	33	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ureters, Ureterresektion und Ureterektomie
14	5-576	28	Zystektomie
15	5-554	26	Nephrektomie

B-8.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-987	244	Anwendung eines OP-Roboters
5-604	104	Radikale Prostatovesikulektomie
5-553	76	Partielle Resektion der Niere
5-576	28	Zystektomie
5-554	26	Nephrektomie
5-573	385	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase
5-601	316	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe
5-550	381	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung

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	99	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]
2	5-640	30	Operationen am Präputium
3	1-661	9	Diagnostische Urethrozystoskopie
4	5-611	4	Operation einer Hydrocele testis
5	5-572	< 4	Zystostomie
6	5-581	< 4	Plastische Meatotomie der Urethra

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: 12,9

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,9	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,9	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 186,89

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,06

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,06	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,06	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 476,48

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: 19,18

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	19,18	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	19,18	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 125,70

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,21

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,21	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,21	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 11480,95

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,78

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,78	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,78	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 3091,02

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 / psychosomatische 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	PD Dr. med. Sudip Kundu
Telefon	0511/927-3601
Fax	0511/927-3600
E-Mail	sudip.kundu@krh.de
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	Ja, nach der Empfehlung der DKG.

B-9.3 Medizinische Leistungsangebote Frauenheilkunde

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Frauenheilkunde	Kommentar
VG00	Sonstige im Bereich Gynäkologie	Extrauterin gravidität, Missed abortion
VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse	Mammasonographie, Mammographie, brusterhaltende Operationen, Mastektomien, Wächterlymphknotenentfernung Vorstellung und Fallbesprechung in der Tumorkonferenz
VG02	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse	Mammasonographie, Mammographie, brusterhaltende Operationen, Mastektomien
VG03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse	Beratung und Behandlung von Patientinnen bei auffälligen genetischen Befunden
VG04	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie	Subkutane Mastektomie, Implantatbasierte Rekonstruktion, Onkoplastische Operationen
VG06	Gynäkologische Chirurgie	radikale Operationen (endoskopisch und offenen Chirurgie) bei - Endometriumkarzinom - Cervixkarzinom - Ovarialkarzinom - Vulvakarzinom - Wächterlymphknotenentfernung Vorstellung und Fallbesprechung in der Tumorkonferenz

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Frauenheilkunde	Kommentar
VG07	Inkontinenzchirurgie	Ermächtigungssprechstunde, Beratung, konservative und operative Therapie bei Inkontinenz und Senkungsbeschwerden (Scheidenplastiken, TVTs, Aufhängung und Fixierung der Scheide, Bulkamid)
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren	Gutartige Tumore und Zysten am Eierstock und Uterus
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane	Behandlung von Tumoovarialabszessen
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	Beratung und Behandlung von Patientinnen mit Endometriose oder Myomen im Rahmen einer Ermächtigungssprechstunde, Beratung und operative Therapie bei Kinderwunschpatientinnen
VR00	Sonstige im Bereich Radiologie	MRT Mamma Mammographie Stereotaktische Vakuumbiopsien Stereotaktische Drahtmarkierungen

B-9.5 Fallzahlen Frauenheilkunde

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	872
Teilstationäre Fallzahl	0

B-9.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-9.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C50	136	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
2	N80	67	Endometriose
3	N83	56	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
4	N62	53	Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse]
5	N70	41	Salpingitis und Oophoritis
6	D25	34	Leiomyom des Uterus
7	D27	30	Gutartige Neubildung des Ovars
8	C56	26	Bösartige Neubildung des Ovars
9	C54	24	Bösartige Neubildung des Corpus uteri
10	N61	21	Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]

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	5-702	138	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes
2	5-651	133	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe
3	5-870	112	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe
4	1-672	106	Diagnostische Hysteroskopie
5	5-401	93	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße
6	5-681	67	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus
7	5-543	62	Exzision und Destruktion von peritonealem Gewebe
8	5-657	60	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung
9	5-884	59	Mammareduktionsplastik
10	5-653	56	Salpingoovariektomie

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

Ran g	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-672	51	Diagnostische Hysteroskopie
2	1-471	24	Biopsie ohne Inzision am Endometrium
3	5-870	24	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe
4	5-690	22	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]
5	1-694	18	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)
6	5-651	11	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe
7	5-702	11	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes
8	5-681	8	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus
9	5-711	7	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)

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: 8,17

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,17	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,17	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 106,73

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,3	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 202,79

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: 18,35

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	15,99	
Ambulant	2,36	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	18,35	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 54,53

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,91

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,91	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,91	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 958,24

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,75

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,75	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,75	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1162,66

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	1	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

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 / psychosomatische 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.de
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	Ja, nach der Empfehlung der DKG.

B-10.3 Medizinische Leistungsangebote Anästhesiologie und operative Intensivmedizin

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Anästhesiologie und operative Intensivmedizin	Kommentar
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	8-930	2723	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
2	8-831	2325	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
3	8-800	2084	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
4	1-843	1790	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus
5	8-98f	1539	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
6	8-701	606	Einfache endotracheale Intubation
7	8-390	415	Lagerungsbehandlung
8	8-910	188	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie
9	8-919	147	Komplexe Akutschmerzbehandlung
10	1-620	6	Diagnostische Tracheobronchoskopie

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: 35,98

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	35,98	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	35,98	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 18,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	18,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	18,5	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin
ZF42	Spezielle Schmerztherapie

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: 21,36

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	21,36	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	21,36	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

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: 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 / psychosomatische 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.de
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	Ja, nach der Empfehlung der DKG.
-----------------------------------	----------------------------------

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)	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Diagnostische und Interventionelle Radiologie	Kommentar
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	
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	3-222	2069	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
2	3-225	1988	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
3	3-226	1981	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel
4	3-200	970	Native Computertomographie des Schädels
5	3-820	701	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel
6	3-206	671	Native Computertomographie des Beckens
7	3-22x	641	Andere Computertomographie mit Kontrastmittel
8	8-836	617	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention
9	3-202	597	Native Computertomographie des Thorax
10	3-207	587	Native Computertomographie des Abdomens
11	3-13d	442	Urographie
12	3-607	360	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten
13	3-221	262	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel
14	3-220	204	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel
15	8-840	200	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents

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: 11,14

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11,14	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,14	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 6,94

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,94	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,94	
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:

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,67

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,67	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,67	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-11.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische 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.de
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	Ja, nach der Empfehlung der DKG.
-----------------------------------	----------------------------------

B-12.3 Medizinische Leistungsangebote Palliativmedizin

Trifft nicht zu.

B-12.5 Fallzahlen Palliativmedizin

Fallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	175
Teilstationäre Fallzahl	0

B-12.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-12.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C34	43	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
2	C25	19	Bösartige Neubildung des Pankreas
3	C50	15	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
4	C18	9	Bösartige Neubildung des Kolons
5	C20	9	Bösartige Neubildung des Rektums
6	C24	7	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege
7	C56	7	Bösartige Neubildung des Ovars
8	C61	7	Bösartige Neubildung der Prostata
9	C80	7	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation
10	C67	6	Bösartige Neubildung der Harnblase

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	8-98e	128	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung
2	9-984	12	Pflegebedürftigkeit
3	8-528	10	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
4	8-529	10	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
5	8-982	10	Palliativmedizinische Komplexbehandlung
6	8-987	4	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
7	1-204	< 4	Untersuchung des Liquorsystems
8	5-572	< 4	Zystostomie
9	6-001	< 4	Applikation von Medikamenten, Liste 1
10	6-002	< 4	Applikation von Medikamenten, Liste 2

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: 1,04

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,04	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,04	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 168,26

Davon Fachärztinnen und Fachärzte 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	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 168,26

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: 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

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 / psychosomatische 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.de
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	Ja, nach der Empfehlung der DKG.

B-13.3 Medizinische Leistungsangebote Nephrologie, Angiologie und Rheumatologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Nephrologie, Angiologie und Rheumatologie	Kommentar
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	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Nephrologie, Angiologie und Rheumatologie	Kommentar
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	
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	
VR0 2	Native Sonographie	
VR0 3	Eindimensionale Dopplersonographie	
VR0 4	Duplexsonographie	
VU0 1	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenerkrankungen	
VU0 2	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz	
VU0 4	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters	
VU1 5	Dialyse	

B-13.5 Fallzahlen Nephrologie, Angiologie und Rheumatologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	2556
Teilstationäre Fallzahl	0

B-13.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-13.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I70	290	Atherosklerose
2	N17	225	Akutes Nierenversagen
3	I50	182	Herzinsuffizienz
4	T82	151	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen
5	N18	109	Chronische Nierenkrankheit
6	I10	104	Essentielle (primäre) Hypertonie
7	M31	103	Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien
8	A41	83	Sonstige Sepsis
9	N04	60	Nephrotisches Syndrom
10	E87	55	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts
11	A46	53	Erysipel [Wundrose]
12	I26	53	Lungenembolie

B-13.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-13.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-13.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-854	2126	Hämodialyse
2	9-984	1875	Pflegebedürftigkeit
3	8-857	72	Peritonealdialyse
4	6-001	54	Applikation von Medikamenten, Liste 1
5	8-987	54	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
6	8-853	40	Hämofiltration
7	8-706	35	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung
8	8-771	29	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation
9	8-812	29	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen
10	8-820	26	Therapeutische Plasmapherese

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	5-399	4	Andere Operationen an Blutgefäßen

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: 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: 138,98

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 7,84

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,84	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,84	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 326,02

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	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: 18,96

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	18,96	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	18,96	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 134,81

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: 2556

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 / psychosomatische 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

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: 8,2% (Zähler: 42, Nenner: 514)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 7,9%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 7,7%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 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: 7,6% (Zähler: 63, Nenner: 833)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 7,8%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 8,1%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 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: 6,5% (Zähler: 30, Nenner: 465)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 5,9%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 5,8%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 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: 3,2% (Zähler: 14, Nenner: 438)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 1,3%
Vergleichswerte	Ziel: < 1,3%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 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% (Zähler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 2,4%
Vergleichswerte	Ziel: < 2,4%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 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% (Zähler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 6,0%
Vergleichswerte	Erwartungswert: nicht darstellbar
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 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% (Zähler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 1,8%
Vergleichswerte	Ziel: < 1,8%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen des Nervensystems, Schlaganfall (Stroke)

Bezeichnung des Qualitätsindikators	09.1 - Hauptdiagnose Schlaganfall, alle Formen (Alter >19), Anteil Todesfälle, aufgetreten
Ergebnis	Rate: 15,4% (Zähler: 2, Nenner: 13)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 8,6%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 5,8%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen des Nervensystems, Schlaganfall (Stroke)

Bezeichnung des Qualitätsindikators	09.3 - Hirninfarkt (ICD I63, Alter >19), Anteil Todesfälle, aufgetreten
Ergebnis	Rate: 25,0% (Zähler: 2, Nenner: 8)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 6,5%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 4,1%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen des Nervensystems, Schlaganfall (Stroke)

Bezeichnung des Qualitätsindikators	09.61 - Anteil Schlaganfall nicht näher bezeichnet (ICD I64)
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 13)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 0,72%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,72%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen der Lunge

Bezeichnung des Qualitätsindikators	14.2 - Pneumonie ohne Zuverlegungen, Tumor, Mukoviszidose, Alter>19, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 10,5% (Zähler: 46, Nenner: 439)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 9,1%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 6,9%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 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: 6,0% (Zähler: 26, Nenner: 435)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 4,1%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 3,7%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 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: 3,9% (Zähler: 4, Nenner: 103)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 2,4%
Vergleichswerte	Ziel: < 2,4%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 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: 8,0% (Zähler: 9, Nenner: 112)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 5,7%
Vergleichswerte	Ziel: < 20,0%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 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: 93,6% (Zähler: 205, Nenner: 219)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 94,6%
Vergleichswerte	Ziel: > 94,6%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 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: 1,4% (Zähler: 3, Nenner: 219)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 0,48%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,48%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen der Bauchorgane

Bezeichnung des Qualitätsindikators	19.1 - Behandlungsfälle mit Herniotomie ohne Darmoperation, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 343)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 0,10%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,10%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen der Bauchorgane

Bezeichnung des Qualitätsindikators	21.311 - Kolonresektionen bei kolorektalem Karzinom ohne kompl. Diagnose, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 5,8% (Zähler: 3, Nenner: 52)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 4,0%
Vergleichswerte	Ziel: < 4,0%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen der Bauchorgane

Bezeichnung des Qualitätsindikators	21.313 - Rektumresektionen bei kolorektalem Karzinom, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 6,3% (Zähler: 1, Nenner: 16)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 3,2%
Vergleichswerte	Ziel: < 3,2%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 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% (Zähler: 0, Nenner: 4)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 0,8%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,8%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 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% (Zähler: 0, Nenner: 35)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 0,90%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,90%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Gefäßoperationen

Bezeichnung des Qualitätsindikators	26.2 - Perkutane Stentimplantation in extrakranielle Gefäße, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 3)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 1,8%
Vergleichswerte	Ziel: < 1,8%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Gefäßoperationen

Bezeichnung des Qualitätsindikators	27.21 - Resektion/Ersatz abdominale Aorta bei Aneurysma, nicht rupturiert, offen operiert, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 18)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 6,9%
Vergleichswerte	Ziel: < 6,9%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Gefäßoperationen

Bezeichnung des Qualitätsindikators	27.22 - Endovaskuläre Stent-Prothese abdominale Aorta bei Aneurysma (EVAR), nicht rupturiert, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 13)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 1,2%
Vergleichswerte	Ziel: < 1,2%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 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% (Zähler: 0, Nenner: 24)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 0,4%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,4%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 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% (Zähler: 0, Nenner: 8)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 2,1%
Vergleichswerte	Ziel: < 2,1%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 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: 5,6% (Zähler: 1, Nenner: 18)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 4,6%
Vergleichswerte	Ziel: < 4,6%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Geburtshilfe und Frauenheilkunde

Bezeichnung des Qualitätsindikators	32.1 - Geburten mit Anteil an Todesfällen der Mutter
Ergebnis	Rate: 0,0000% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 0,004%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,004%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Geburtshilfe und Frauenheilkunde

Bezeichnung des Qualitätsindikators	32.21 - Vaginale Geburten mit Dammriss 3. und 4. Grades
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 1,9%
Vergleichswerte	Ziel: < 1,9%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 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: 40)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 0,02%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,02%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 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: 75,0% (Zähler: 30, Nenner: 40)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 88,1%
Vergleichswerte	Ziel: > 88,1%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 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% (Zähler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 0,13%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,13%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 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% (Zähler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 0,95%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,95%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 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% (Zähler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 0,05%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,05%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 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% (Zähler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 0,29%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,29%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe

Bezeichnung des Qualitätsindikators	46.1 - Schenkelhalsfraktur mit operativer Versorgung (Alter > 19), Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 1)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 4,8%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 0,36%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe

Bezeichnung des Qualitätsindikators	46.2 - Pertrochantäre Fraktur mit operativer Versorgung (Alter > 19), Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 4,9%
Vergleichswerte	Erwartungswert: nicht darstellbar
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 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% (Zähler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 0,02%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,02%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe

Bezeichnung des Qualitätsindikators	47.43 - Vertebro-/Kyphoplastie (ohne Tumor, komplexe Rekonstruktion, Versteifung, WK-Ersatz, BS-Eingriffe), Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 0)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 0,43%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,43%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 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% (Zähler: 0, Nenner: 20)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 2,0%
Vergleichswerte	Ziel: < 2,0%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane

Bezeichnung des Qualitätsindikators	50.2 - Partielle Nephrektomie bei bösartiger Neubildung Niere, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 59)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 0,49%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,49%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 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: 7,7% (Zähler: 2, Nenner: 26)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 4,8%
Vergleichswerte	Ziel: < 4,8%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 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: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 188)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenz-wert: 0,16%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,16%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	53.2 - Radikale Prostatovesikulektomie, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 106)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,15%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,15%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 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: 37,8% (Zähler: 242, Nenner: 640)
Messzeitraum	2021
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.3_2021
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 33,8%
Vergleichswerte	Ziel: < 33,8%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13556 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 2021 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	50

Stammzelltransplantation

Mindestmenge	25
Erbrachte Menge	34

Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene

Mindestmenge	10
Erbrachte Menge	2
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 Absatz 4 Satz 3 Mn-R

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene

Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt	Ja
---	----

Komplexe Eingriffe am 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

Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene

Prognose von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt:	Ja
Erreichte Leistungsmenge Berichtsjahr 2021:	2
Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge:	50

Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	
Prognose von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt:	Ja
Erreichte Leistungsmenge Berichtsjahr 2021:	50
Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge:	47

Stammzelltransplantation	
Prognose von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt:	Ja
Erreichte Leistungsmenge Berichtsjahr 2021:	34
Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge:	31

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

Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	
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	Ja

Komplexe Eingriffe am 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 Absatz 5a SGB V)

Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene

Die zuständige Krankenhausplanungsbehörde hat zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gemäß § 136b Absatz 5a SGB V, auf Antrag des Krankenhauses und im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen für die betreffende Leistung entschieden, dass das Leistungserbringungsverbot und der Vergütungsausschluss nach § 136b Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V im Prognosejahr keine Anwendung finden.

Nein

Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas

Die zuständige Krankenhausplanungsbehörde hat zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gemäß § 136b Absatz 5a SGB V, auf Antrag des Krankenhauses und im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen für die betreffende Leistung entschieden, dass das Leistungserbringungsverbot und der Vergütungsausschluss nach § 136b Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V im Prognosejahr keine Anwendung finden.

Nein

Stammzelltransplantation

Die zuständige Krankenhausplanungsbehörde hat zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gemäß § 136b Absatz 5a SGB V, auf Antrag des Krankenhauses und im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen für die betreffende Leistung entschieden, dass das Leistungserbringungsverbot und der Vergütungsausschluss nach § 136b Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V im Prognosejahr 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)

Maßnahme zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung mit Verfahren der bronchoskopischen Lungenvolumenreduktion beim schweren Lungenemphysem (CQ27)

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)	101
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	98
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	98

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände
Intensivmedizin	MA01AI	Tagschicht	91,67%	9
Intensivmedizin	MA01AI	Nachtschicht	91,67%	9
Intensivmedizin	MA01DI	Tagschicht	100,00%	2
Intensivmedizin	MA01DI	Nachtschicht	50,00%	2
Intensivmedizin	MB01BI	Tagschicht	91,67%	8
Intensivmedizin	MB01BI	Nachtschicht	100,00%	5
Intensivmedizin	MC01CI	Tagschicht	8,33%	9
Intensivmedizin	MC01CI	Nachtschicht	33,33%	9
Geriatric	MA02	Tagschicht	100,00%	0
Geriatric	MA02	Nachtschicht	100,00%	0
Geriatric	MB02_MC02	Tagschicht	100,00%	1
Geriatric	MB02_MC02	Nachtschicht	83,33%	1
Geriatric	MB05	Tagschicht	100,00%	1
Geriatric	MB05	Nachtschicht	100,00%	0
Geriatric	MB06	Tagschicht	91,67%	1
Geriatric	MB06	Nachtschicht	91,67%	1
Geriatric	MC05	Tagschicht	100,00%	1
Geriatric	MC05	Nachtschicht	100,00%	1
Geriatric	MC06	Tagschicht	100,00%	1

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände
Geriatrie	MC06	Nachtschicht	100,00%	1
Geriatrie	MZNAAE	Tagschicht	100,00%	1
Geriatrie	MZNAAE	Nachtschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin und Kardiologie	MA02	Tagschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin und Kardiologie	MB02_MC02	Tagschicht	100,00%	6
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin und Kardiologie	MB05	Tagschicht	100,00%	6
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin und Kardiologie	MB06	Tagschicht	91,67%	8
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin und Kardiologie	MC05	Tagschicht	100,00%	8
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin und Kardiologie	MC06	Tagschicht	100,00%	7
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin und Kardiologie	MZNAAE	Tagschicht	100,00%	2
Allgemeine Chirurgie	MA02	Nachtschicht	100,00%	1
Allgemeine Chirurgie	MA04	Nachtschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie	MA05	Nachtschicht	100,00%	1
Allgemeine Chirurgie	MA06	Tagschicht	100,00%	5

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände
Allgemeine Chirurgie	MA06	Nachtschicht	100,00%	5
Allgemeine Chirurgie	MB02_MC02	Nachtschicht	83,33%	8
Allgemeine Chirurgie	MB05	Nachtschicht	100,00%	4
Allgemeine Chirurgie	MB06	Nachtschicht	91,67%	8
Allgemeine Chirurgie	MC05	Nachtschicht	100,00%	8
Allgemeine Chirurgie	MC06	Nachtschicht	100,00%	8
Allgemeine Chirurgie	MZNAAE	Nachtschicht	100,00%	2
Innere Medizin	MA03	Tagschicht	100,00%	3
Innere Medizin	MA03	Nachtschicht	100,00%	4
Innere Medizin	MB03	Tagschicht	100,00%	4
Innere Medizin	MB03	Nachtschicht	100,00%	1
Innere Medizin	MB03S	Tagschicht	100,00%	1
Innere Medizin	MB03S	Nachtschicht	100,00%	1
Innere Medizin	MC03	Tagschicht	100,00%	2
Innere Medizin	MC03	Nachtschicht	100,00%	2
Allgemeine Chirurgie und Innere Medizin	MA04	Tagschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie und Innere Medizin	MA05	Tagschicht	100,00%	6
Kardiologie	MB04	Tagschicht	100,00%	7
Kardiologie	MB04	Nachtschicht	90,91%	5

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad
Intensivmedizin	MA01AI	Tagschicht	60,00%
Intensivmedizin	MA01AI	Nachtschicht	65,21%
Intensivmedizin	MA01DI	Tagschicht	64,00%
Intensivmedizin	MA01DI	Nachtschicht	52,00%
Intensivmedizin	MB01BI	Tagschicht	63,56%
Intensivmedizin	MB01BI	Nachtschicht	93,97%
Intensivmedizin	MC01CI	Tagschicht	24,66%
Intensivmedizin	MC01CI	Nachtschicht	33,42%
Geriatric	MA02	Tagschicht	100,00%
Geriatric	MA02	Nachtschicht	99,73%
Geriatric	MB02_MC02	Tagschicht	92,33%
Geriatric	MB02_MC02	Nachtschicht	67,12%
Geriatric	MB05	Tagschicht	93,97%
Geriatric	MB05	Nachtschicht	98,90%
Geriatric	MB06	Tagschicht	65,48%
Geriatric	MB06	Nachtschicht	71,78%
Geriatric	MC05	Tagschicht	86,85%
Geriatric	MC05	Nachtschicht	90,96%
Geriatric	MC06	Tagschicht	89,04%
Geriatric	MC06	Nachtschicht	83,29%
Geriatric	MZNAAE	Tagschicht	97,26%
Geriatric	MZNAAE	Nachtschicht	98,08%
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin und Kardiologie	MA02	Tagschicht	100,00%
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin und Kardiologie	MB02_MC02	Tagschicht	92,33%
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin und Kardiologie	MB05	Tagschicht	93,97%

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin und Kardiologie	MB06	Tagschicht	65,48%
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin und Kardiologie	MC05	Tagschicht	86,85%
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin und Kardiologie	MC06	Tagschicht	89,04%
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin und Kardiologie	MZNAAE	Tagschicht	97,26%
Allgemeine Chirurgie	MA02	Nachtschicht	99,73%
Allgemeine Chirurgie	MA04	Nachtschicht	100,00%
Allgemeine Chirurgie	MA05	Nachtschicht	97,60%
Allgemeine Chirurgie	MA06	Tagschicht	92,22%
Allgemeine Chirurgie	MA06	Nachtschicht	93,41%
Allgemeine Chirurgie	MB02_MC02	Nachtschicht	67,12%
Allgemeine Chirurgie	MB05	Nachtschicht	98,90%
Allgemeine Chirurgie	MB06	Nachtschicht	71,78%
Allgemeine Chirurgie	MC05	Nachtschicht	90,96%
Allgemeine Chirurgie	MC06	Nachtschicht	83,29%
Allgemeine Chirurgie	MZNAAE	Nachtschicht	98,08%
Innere Medizin	MA03	Tagschicht	86,83%
Innere Medizin	MA03	Nachtschicht	93,71%

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad
Innere Medizin	MB03	Tagschicht	96,71%
Innere Medizin	MB03	Nachtschicht	97,60%
Innere Medizin	MB03S	Tagschicht	79,66%
Innere Medizin	MB03S	Nachtschicht	79,66%
Innere Medizin	MC03	Tagschicht	99,40%
Innere Medizin	MC03	Nachtschicht	98,80%
Allgemeine Chirurgie und Innere Medizin	MA04	Tagschicht	100,00%
Allgemeine Chirurgie und Innere Medizin	MA05	Tagschicht	86,83%
Kardiologie	MB04	Tagschicht	87,13%
Kardiologie	MB04	Nachtschicht	85,63%

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 Standorten 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 Kollegen des ärztlichen und pharmazeutischen Dienstes arbeiten hier gebündelt für unsere Patientinnen und Patienten zusammen.

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.

Ein weiterer Effekt bzw. eine weitere Entwicklungsdynamik, bedingt durch die Corona-Situation und die intensivierete Digitalisierung, ist das Angebot von Video-Livestreams für Veranstaltungen jeglicher Art, beispielsweise:

1. CURA Gesundheitstalk: Kleine Schnitte – Große Wirkung
(https://www.youtube.com/watch?v=23-IXznV6_Q)
2. Sturz im Alter: Damit der Bruch im Knochen nicht zum Bruch in der Biografie wird
(<https://www.youtube.com/watch?v=UNul24rRnuM>)
3. Repetitorium Innere Medizin Herbst 2022
(<https://fortbildungen.univiva.de/courses/unird7b6hl2-repetitorium-innere-medizin-herbst-2022-hybrid-und-ondemand>)

In der Akademie des Klinikum Region Hannover wurde verstärkt auf eine erweiterte und neue Ausbildungsumgebung geachtet und eine Ausbildung mit verstärktem und ausgebautem Praxisbezug entwickelt. Hierzu gehört u. a. das SkillsLab.

Das SkillsLab ist in den Räumlichkeiten im Untergeschoss der KRH Akademie entstanden und besteht aus einer Aufnahme, zwei Patientenzimmern, einem OP, einer Intensivstation und Räumen für die physiotherapeutische Behandlung sowie Lernmöglichkeiten für Hebammen. Alle Räumlichkeiten wurden mit ausgemusterten original Geräten des KRH ausgerüstet, um eine reale Übungslandschaft zu erschaffen. Ziel des SkillsLab ist es, die Lernrealität der Auszubildenden zwischen Praxiseinsatz in den Kliniken und Lernen an der KRH Akademie weiter zu verbinden und beide Bereiche didaktisch und praxisbezogen zu vernetzen. Zudem bietet es für Fort- und Weiterbildungsteilnehmende ebenfalls einen Mehrwert das Erlernte in praktischen Übungen anzuwenden. Die Übungssituationen werden in einem späteren Schritt per Kamera aufgezeichnet oder an die übrigen Auszubildenden in den Klassenräumen übertragen.

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*innen 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 KRH Krebszentrums am KRH Klinikum Siloah und der Organkrebszentren zuständig sind. Im KRH Krebszentrum gilt der Grundsatz der interdisziplinären Zusammenarbeit.

Das Klinikum Siloah zeichnet sich durch seine Spezialisierung und seine damit verbundene klinische Fachexpertise aus. Im 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 Fokus.

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

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Zur Messung und Verbesserung der Qualität setzt die 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 Patientinnen und Patienten, Mitarbeiter*innen und weitere Anspruchsgruppen eingeführt.

Diese 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 Webseite der Klinikum Region Hannover GmbH (<https://www.krh.de/lob-tadel>).

Fehlermanagement CIRS (Critical Incident Reporting System)

Mit dem Ziel aus Fehlern zu lernen, 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*innen haben die Möglichkeit, anonym in einem CIRS Meldeportal im Intranet kritische Ereignisse zu melden.

Die regelmäßigen Besprechungen der Meldungen durch den CIRS-Arbeitskreis sichern die Aufarbeitung. Ziel ist die Vermeidung von Fehlern und Schäden durch die gezielte Ableitung risikomindernder Maßnahmen. Darüber hinaus soll ein für alle Mitarbeitenden des KRH zugängliches internes sowie ein institutionsübergreifendes Berichtswesen 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 Mitarbeitenden 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 Patientinnen und 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 Verfahrensweisung geregelt. Gesetzlich geforderte Schulungen und Unterweisungen der Mitarbeitenden zu den Themen: Qualitätsmanagement Hygienemaßnahmen, Brandschutz, Umwelt- und Abfallmanagement, Arbeitssicherheit sowie weitere 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 Mitarbeitenden 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 Mitarbeitenden zur Verfügung gestellt.

Das DLS (Dokumentenlenkungssystem) 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*innen 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 zu verbessern, wurden 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.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Das KRH Krebszentrum zur Behandlung von an Krebs erkrankten Patientinnen und Patienten am KRH Klinikum Siloah

Mit der Gründung des KRH Krebszentrums am KRH Klinikum Siloah, welche bereits im Jahr 2012 erfolgte, wird unter dem Aspekt der interdisziplinären Zusammenarbeit die bestmögliche Versorgung unserer an Krebs erkrankten Patientinnen und Patienten in allen Bereichen sichergestellt. Jährlich findet eine Rezertifizierung und Weiterentwicklung des KRH Krebszentrums 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 und Brustzentrum) nach den Richtlinien der Deutschen Krebsgesellschaft statt. Im September 2019 wurden sowohl das Kopf-Hals-Tumorzentrum als auch das Neuroonkologische Zentrum nach den Kriterien der DKG erstzertifiziert. Aktuell arbeiten elf Organkrebszentren unter dem Dach des onkologischen Zentrums zusammen.

1. Zielsetzungen

1. Ziel des KRH Krebszentrums am KRH Klinikum Siloah ist es, eine qualifizierte, umfassende und kontinuierliche Behandlung der Patientinnen und Patienten in der Region und überregional zu gewährleisten und sich zu diesem Zweck mit anderen Krankenhäusern und Einrichtungen zu vernetzen. Durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit sollen Früherkennung, Diagnostik, Behandlung und Nachsorge sichergestellt und verbessert werden.
2. Durch das KRH Krebszentrum am KRH Klinikum Siloah wird eine umfassende, flächendeckende und wohnortnahe Behandlung bei Krebserkrankungen sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich sichergestellt. Die Versorgung krebserkrankter Patientinnen und 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 ISO 9001:2015 werden jährlich durchgeführt.



Aus Verantwortung gemeinsam für gute Medizin.



ONKOLOGISCHES ZENTRUM AM KRH KLINIKUM SILOAH



1. Ergebnisqualität und besondere fachliche und fachärztliche Expertise

Im KRH Krebszentrum 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 den Betroffenen im Rahmen einer interdisziplinären Tumorkonferenz entschieden.

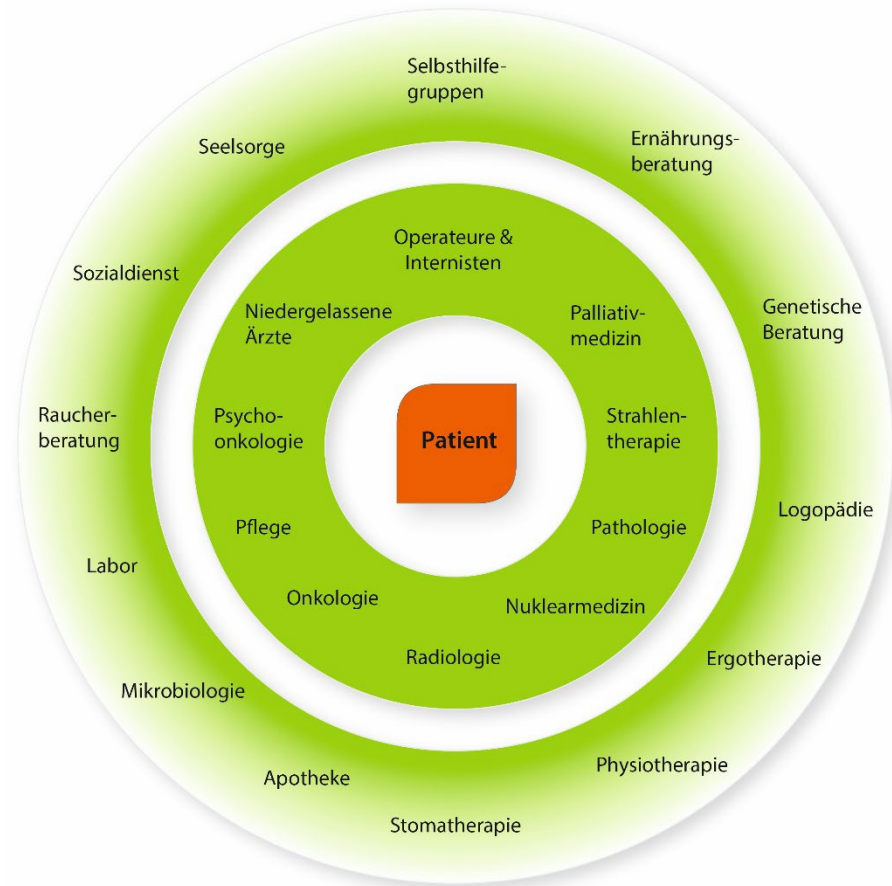
Die Versorgung im KRH Krebszentrum erfolgt durch Spezialisten aus unterschiedlichen medizinischen und pflegerischen Fachrichtungen. Zum ganzheitlichen Konzept gehören auch eine integrative Betreuung aus den Bereichen Psychoonkologie, Sozialdienst, Seelsorge und Palliativmedizin.

Eine 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 Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) schaffen zusätzliche Sicherheit für die Patientinnen und Patienten.

Durch die Etablierung von fachübergreifenden Tumorkonferenzen gelangen wir gemeinsam mit ärztlichen Mitarbeitenden aus anderen Fachgebieten und dem niedergelassenen Kollegium 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	KRH Krebszentrum	2012
2	Zentrum für Lymphome, Leukämien und Multiples Myelom	2021
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	Lungenkrebszentrum	2010

Das KRH Krebszentrum am Klinikum KRH Siloah

Zentrumsleiter: Herr Prof. Dr. Dr. Müller

Erstzertifizierung: 2012

Ausgangssituation: Mit der Gründung des KRH Krebszentrums, welches bereits im Jahr 2012 erfolgte, soll unter dem Aspekt der interdisziplinären Zusammenarbeit die bestmögliche Versorgung unserer Patientinnen und Patienten in allen Bereichen sichergestellt werden.

Im KRH Krebszentrum 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 den Betroffenen im Rahmen einer interdisziplinären Tumorkonferenz entschieden.

Maßnahme: Jährliche erfolgreiche Zertifizierungen und Weiterentwicklung des KRH Krebszentrums mit den integrierten Organkrebszentren: Lungenkrebszentrum, Brustzentrum, gynäkologisches Krebszentrum, **Zentrum für Lymphome, Leukämien und Multiples Myelom** (erfolgreiche Erstzertifizierung im Juni 2021) sowie dem Viszeralonkologisches Zentrum mit integriertem Pankreaskarzinom, Darmkrebszentrum und dem Uroonkologischen Zentrum bestehend aus dem Blasen-, Nieren- 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 KRH Krebszentrum 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.

Lungenkrebszentrum

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

Erstzertifizierung: 2010

Ausgangsbasis: Das Lungenkrebszentrum ist seit 2010 durchgängig zertifiziert und bietet an Krebs Erkrankten aus der gesamten Region Expertise in der Diagnostik und Therapie von Lungenkrebs und Pleuramesotheliom. Durch die Vernetzung und Kooperation mit verschiedenen Partnerinnen und Partnern ist eine optimale Therapieplanung möglich. In der wöchentlichen Tumorkonferenz 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 Bundesregierung 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 Patientinnen und Patienten mit komplexen Krankheitsbildern profitieren. Innerhalb der von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten onkologischen Zentren (Prostatakarzinomzentrum und Onkologisches Zentrum) stehen individuell optimierte, interdisziplinär abgestimmte Behandlungskonzepte, die auf aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen, zur Verfügung.

Maßnahmen: Um die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit urologischen Tumoren weiter auszubauen wurden in 2020 die bereits in etablierten Zentrumsstrukturen durchgeführte Behandlung von Nierenkrebspatient*innen 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 die Betroffenen von einer engen Zusammenarbeit aller wichtigen Fachdisziplinen, wie unter anderem Urologie, Onkologie, Thoraxchirurgie, Viszeralchirurgie, Nephrologie und Strahlentherapie. Auch jenseits der rein medizinischen Behandlung erfolgt mit Hilfe des Kollegiums der Psychoonkologie und des Sozialdienstes eine umfassende Versorgung. 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 Operateur*innen und Assistenzpersonal begonnen.

Ergebnis: Mittelweile wurden vier Personen des ärztlichen Dienstes als DaVinci-Operateur*innen ausgebildet. Nahezu alle Prostatektomien, Nierenkrebsoperationen und Zytectomien 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 und die intrakorporale Neoblasenanlage beim Blasenkrebs. Insgesamt wird ein komplettes Angebot der DaVinci-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 dritt- bzw. zweithäufigste 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 eine bestmögliche, komplexe interdisziplinäre Behandlung anzubieten. Die Themen Prävention/Früherkennung, 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 verschiedenen Partnerinnen und Partnern 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: Frau PD Dr. Ursula Hille- Betz seit 01.01.2022

Erstzertifizierung: 2005

Ausgangslage: In 2004 wurde die Entscheidung getroffen, ein kooperatives Brustzentrum 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 Stand heute mit den KH Siloah und Gehrden. 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 dem Kollegium der Fachgebiete Radiologie, Nuklearmedizin, Strahlentherapie, Onkologie, Pathologie, Schmerztherapie, Psychoonkologie sowie Sozialarbeit und Selbsthilfe zusammen. Die Therapiequalität wird jedes Jahr durch OnkoZert und ClarCert überprüft. Seit dem 01.01.2022 hat Frau PD Dr. Hille-Betz die Zentrumsleitung des Brustzentrums am KRH-Standort Siloah übernommen.

Gynäkologisches Krebszentrum

Zentrumsleiter: Herr PD Dr. Sudip Kundu seit 01.01.2022 Chefarzt der Klinik

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 die individuell bestmögliche Behandlung zu gewährleisten, steht ein speziell ausgebildetes Team zur Verfügung.

Ergebnis: Mit der Erstzertifizierung im Jahre 2019 wurde der Grundstein für eine interdisziplinär verbesserte leitliniengerechte Therapie des genitalen Karzinoms im KRH-Standort Siloah gelegt. Dabei wird unsere Arbeit vom erfahrenen Kollegium der Fachbereiche Psychoonkologie, Soziale Dienste sowie onkologisch geschulten Pflege unterstützt. Kontinuierliche Re- Zertifizierung ist ein Ziel zur Sicherung der bestmöglichen, komplexen interdisziplinären Behandlung für alle Patientinnen.

Fachgesellschaftszertifizierungen

Nr.	Bezeichnung	Erstzertifizierung
1	Weaningzentrum	2011
2	Interdisziplinäres Zentrum für Gefäßmedizin	2012
3	Diabetologisches Fußzentrum	2013
4	Kompetenzzentrum für Hernienchirurgie	2015
5	Kompetenzzentrum für chirurgische Erkrankungen der Leber	2019
6	Nephrologische Schwerpunktlinik	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 Patientinnen und 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 Betroffenen 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 Vertreterinnen und Vertreter der jeweiligen Fachrichtungen zusammenfinden und kooperativ sowie 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 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 seitdem wiederholt durch die drei gefäßmedizinischen Fachgesellschaften für Angiologie, 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 zu gewährleisten.

Diabetologisches Fußzentrum

Leitung: Herr Dr. Sommer

Erstzertifizierung: 2013

Ausgangslage: In der Region Hannover gab es kein stationäres Versorgungszentrum für Patientinnen und 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 Patientinnen und 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 Patientinnen und 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 eine bestmögliche Versorgung zu gewährleisten. Ziel ist die Vermeidung von Amputationen und die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen wohnortnahen Behandlung von chronisch kranken und multimorbiden Diabetespatient*innen. Hierbei erfolgen regelmäßige Vorstellungen in den ärztlichen und pflegerischen Fußvisiten. Extra ausgebildete Wundmanager*innen 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

Patientinnen und 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 Betroffene im prolongierten Weaningverfahren. Eine Weaningeinheit bietet eine spezialisierte Organisationsstruktur und besondere therapeutische Strategien. Eine Weaningeinheit ist integraler Bestandteil eines zertifizierten pneumologischen Beatmungszentrums.

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

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

Heimbeatmung:

Auf unserer spezialisierten Heimbeatmungstation werden ca. 190 Personen jährlich auf eine Maskenbeatmung eingestellt, die ambulant als Dauertherapie weitergeführt wird. Im Einklang mit den Empfehlungen der Fachgesellschaft werden ambulant beatmete Personen 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 Betroffenen erweitern kann.

Ergebnisse:

Seit der Umsetzung in 2016 werden regelmäßig ca. 80 Personen pro Jahr mit einer durchschnittlichen Liegezeit von knapp 40 Tagen zur Entwöhnung von der invasiven Beatmung behandelt. Etwa die Hälfte der Patientinnen und 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 Patientinnen und 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

Ausgangssituation: 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 aus dem ambulanten und stationären Bereich zusammen, z.B. mit dem Kollegium der Gastroenterologie, Onkologie und Strahlentherapie. Dadurch ist es uns möglich, ein optimales Behandlungsergebnis zu erzielen. Unser Betreuungsangebot geht über eine rein medizinische Behandlung hinaus – neben Sozialdienstmitarbeitenden gehören auch Mitarbeiter*innen der Psychoonkologie zum Team, die 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 Schwerpunktlinik – 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 Schwerpunktlinik 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 Schwerpunktlinik die Behandlung der Patientinnen und Patienten deutlich mehr im Fokus. In der zertifizierten nephrologischen Schwerpunktlinik 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*innen der jeweiligen Fachrichtungen zusammenfinden und kooperativ und konstruktiv zusammenarbeiten.

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

Ergebnis: Es wurde mit den Vorbereitungen zur Erfüllung der Anforderungen als zertifizierte nephrologische Schwerpunktlinik 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, sodass eine erneute Zertifizierung notwendig wurde.

Maßnahme: In 2018 wurde der Beschluss gefasst, zusammen mit der Zertifizierung als Nephrologische Schwerpunktlinik, 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 Schwerpunktlinik

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

Maßnahmen: Die Vorbereitungen wurden abgeschlossen.

Ergebnis: Im August 2019 wurde die Klinik erfolgreich als nephrologische Schwerpunktlinik 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. Eine qualitativ hochwertige Behandlung kann somit gewährleistet werden.

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

Ergebnisse: Niereninsuffiziente Personen 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 Betroffenen mit dem begleitend hohen Bedarf an Erstanlagen und Korrekturen von Gefäßzugängen zur Hämodialyse und angesichts der zunehmenden Komorbiditäten dieser Personen 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 den niereninsuffizienten Patientinnen und 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 minimalinvasiven Eingriffen.

Kontaktaufnahme:

1. Dialysepatient*innen 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 Patient*innen über die Radiologie unter 0511- 927-1600 anmeldet werden.
3. Sollte zunächst eine Dialysetherapie über einen passageren Katheter erforderlich sein, können die Patient*innen über die Dialyseeinheit unter 0511-927-2415 anmeldet werden.

Endometriosezentrum

Zentrumsleiter: Herr Dr. Nelmin Rios

Erstzertifizierung: 2021

Ausgangslage: Die Endometriose ist eine gutartige chronische Erkrankung, bei der das Gewebe, das der Gebärmutter Schleimhaut 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 mit differenzierter Fachexpertise unter einem Dach zusammen, sodass eine optimale Betreuung der Patientinnen in jeder Behandlungsphase garantiert ist. Wir arbeiten interdisziplinär sowohl ambulant als auch stationär eng mit Kolleginnen und Kollegen der Fachgebiete Pathologie, Schmerztherapie sowie Sozialarbeit und Selbsthilfe zusammen. Die umfassende Nachsorge in enger Kooperation mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten 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 Rhythmologie 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 Patientinnen und Patienten mit starker Einschränkung der kardialen Auswurfleistung kann nunmehr überbrückend ein zusätzliches Herz-Leistungsvolumen generiert werden. Damit verbessert sich die Prognose der Betroffenen 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 bis zur 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**ycocardial **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 Beteiligten an der Infarktversorgung vom Rettungsdienst über die Notaufnahmehelfer bis zu den Mitarbeitenden der interventionellen Kardiologien aus allen Berufsbereichen (siehe 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 Mitarbeitende der Kardiologie und ist durch ein Ethikkommissionsvotum abgesichert. Zudem erfolgt nach 30 Tagen und einem Jahr eine telefonische Nachfrage als Follow-up.

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

Akutgeriatrie

Ausgangslage: Es ist das Ziel des KRH Klinikums Siloah die Patientinnen und 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-Maßnahmen 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, die ohnehin fester Bestandteil des therapeutischen Konzeptes im KRH Klinikum Siloah ist, hat die geriatrisch frührehabilitative Komplexbehandlung das Ziel, die typischen medizinischen Besonderheiten geriatrischer Patientinnen und Patienten spezifisch aufzugreifen und im Rahmen des stationären Aufenthaltes intensiv zu behandeln. Hierbei steht die Zusammenarbeit eines interdisziplinären Teams in enger Abstimmung mit den Betroffenen sowie deren Angehörigen im Fokus. Zu dem Team gehören Kolleginnen und Kollegen der Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie und der aktivierenden 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 Patientinnen und Patienten u.a. im Bereich von Coping, Autonomie und Hilfsmittelbedarf nur unzureichend, obwohl das angezeigt ist. Dies trägt zudem zur Vermeidung von erneuten stationären Aufenthalten bei.

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 eines Qualitätsmanagementsystems nach der ISO 9001 für alle Standorte des KRHs und alle zentralen Bereiche entschieden. Im Rahmen dessen finden jährliche interne und externe 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 Krebszentrum mit verschiedenen Organkrebszentren gegründet und seitdem stetig weiterentwickelt.

Kontinuierliche Überwachung und Messung der Dienstleistung

Interne Audits

Mit den jährlich stattfindenden internen Audits, wird die Umsetzung und 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 und nachgehalten. In 2021 wurden keine Abweichungen festgestellt.

Externe Audits

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 auditert. Zusätzlich werden unter dem Dach des KRH Krebszentrums am Klinikum Siloah die Organzentren jährlich durch die Auditoren der Deutschen Krebsgesellschaft und die Kliniken mit Fachgesellschaftszertifizierungen von Auditoren der Fachgesellschaft innerhalb von drei Jahren geprüft. Alle vorgenommenen Zertifizierungen wurden in 2021 erreicht.

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 Kundengruppen. Die vereinbarten Dienstleistungen sind vertraglich mit den jeweiligen internen Lieferanten geregelt. Die Ergebnisse werden in den unterschiedlichen Foren vorgestellt und ggf. Maßnahmen der Verbesserung eingeleitet und nachgehalten.

Patientenzufriedenheitsbefragungen

Jährlich erfolgen systematische Patientenzufriedenheitsbefragungen. Diese werden erfasst, ausgewertet und bei Bedarf Maßnahmen der Verbesserungen abgeleitet. Seit Jahren wird eine Weiterempfehlungsquote der Patienten und Patientinnen von über 95% festgestellt. Im November 2022 erreichte das KH Siloah 95,3%.

Fehlermanagement CIRS (Critical Incident Reporting System)

Das Instrument ist wirkungsvoll im KH Siloah etabliert. Der CIRS Arbeitskreis trifft sich regelmäßig und bearbeitet systematisch alle eintreffenden Meldungen.

Ziel ist die Vermeidung von Fehlern und Schäden durch die gezielte Ableitung risikomindernder Maßnahmen. Darüber hinaus soll ein für alle Mitarbeitenden des KRH zugängliches internes sowie ein institutionsübergreifendes Berichtswesen den Effekt des „voneinander Lernens“ fördern. Im Intranet sind relevante systemische Meldungen mit Lösungen anonym veröffentlicht.

Beschwerdemanagement – Unsere Chance besser zu werden

Das Instrument Beschwerdemanagement ist wirkungsvoll im KRH Klinikum Siloah etabliert und zentral in der Abteilung QM des Standortes verortet. Die Führungskräfte erhalten regelmäßige unterjährige Auswertungen. Verbesserungsmaßnahmen erfolgen in der Abteilung oder im gesamten Standort. Im QMM (Qualitätsmultiplikatoren) Zirkel werden relevanten abteilungsübergreifenden Verbesserungsmaßnahmen vorgestellt.

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.