



KRH KLINIKUM GROSSBURGWEDEL

STRUKTURIERTER QUALITÄTSBERICHT

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



Das KRH Klinikum Großburgwedel ist eines von zehn Krankenhäusern im KRH Klinikum Region Hannover (KRH). Es ist ein Allgemeinkrankenhaus der Grund- und Regelversorgung sowie akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover. Den Patientinnen und Patienten stehen bei uns diagnostische und therapeutische Möglichkeiten auf dem neuesten Stand des medizinischen Fortschrittes zur Verfügung.

Unsere Mitarbeitenden werden laufend geschult, alle medizinischen Herausforderungen zu bewältigen aber auch auf die menschlichen und seelischen Belastungen einer Erkrankung angemessen zu reagieren. Wir helfen gerne! Im Sinne eines umfassenden Qualitätsmanagements sind wir dauernd bemüht, uns weiter zu verbessern, um den uns anvertrauten Menschen die beste und angenehmste Versorgung zu kommen zu lassen.

DIREKTORIUM
KRH Klinikum Großburgwedel



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

Pflegedirektorin
Susanne Lenz
Telefon: (05139) 801 3387
Fax: (05139) 801 5361
E-Mail: susanne.lenz@krh.de



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

KLINIKEN
KRH Klinikum Großburgwedel



Klinik für Innere Medizin

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

Chirurgische Klinik I
Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

Chefarzt:
Prof. Dr. med. Reinhard Fremerey
Telefon: (05139) 801 3272
Fax: (05139) 801 5375
E-Mail: reinhard.fremerey@krh.de



Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

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

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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



KLINIKEN
KRH Klinikum Großburgwedel



Klinik für Urologie

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

Klinik für Anästhesiologie, interdisziplinäre
Intensivmedizin und Notfallmedizin

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



Institut für Radiologie

Chefarzt:
Dr. med. Herbert Rosenthal
Telefon: (05139) 801 3279
Fax: (05139) 801 5393
E-Mail: herbert.rosenthal@krh.de

Klinik für Schmerztherapie

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





KRH KLINIKUM NEUSTADT AM RÜBENBERGE

KRH KLINIKUM GROSSBURGWEDEL

KRH PSYCHIATRIE LANGENHAGEN
KRH PSYCHIATRIE WUNSTORF

KRH GERIATRIE LANGENHAGEN

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

Strukturierter Qualitätsbericht

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

für das

Berichtsjahr 2022

KRH Klinikum Großburgwedel

Dieser Qualitätsbericht wurde am 01.02.2024 erstellt.

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|--|-----------|
| - | Einleitung | 4 |
| A | Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts | 6 |
| A-1 | Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses | 6 |
| A-2 | Name und Art des Krankenhausträgers | 7 |
| A-3 | Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus | 7 |
| A-5 | Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses | 8 |
| A-6 | Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses | 11 |
| A-7 | Aspekte der Barrierefreiheit | 12 |
| A-8 | Forschung und Lehre des Krankenhauses | 13 |
| A-9 | Anzahl der Betten | 16 |
| A-10 | Gesamtfallzahlen | 17 |
| A-11 | Personal des Krankenhauses | 17 |
| A-12 | Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung | 35 |
| A-13 | Besondere apparative Ausstattung | 59 |
| A-14 | Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V | 61 |
| B | Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen | 63 |
| B-1 | Innere Medizin | 63 |
| B-2 | Allgemein- und Viszeralchirurgie | 76 |
| B-3 | Orthopädie und Unfallchirurgie | 87 |
| B-4 | Urologie | 99 |
| B-5 | Frauenheilkunde und Geburtshilfe | 111 |
| B-6 | Anästhesie, Intensivmedizin und Notfallmedizin | 125 |
| B-7 | Radiologie | 131 |

| | | |
|----------|---|------------|
| C | Qualitätssicherung | 138 |
| C-1 | Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V..... | 138 |
| C-1.1 | Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate | 138 |
| C-1.2 | Ergebnisse der Qualitätssicherung | 141 |
| C-2 | Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V | 208 |
| C-3 | Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V | 208 |
| C-4 | Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung | 208 |
| C-5 | Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V | 209 |
| C-6 | Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V | 210 |
| C-7 | Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | 210 |
| C-8 | Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr..... | 210 |
| C-9 | Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) | 212 |
| C-10 | Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien | 213 |
| D | Qualitätsmanagement | 214 |
| D-1 | Qualitätspolitik | 214 |
| D-2 | Qualitätsziele | 215 |
| D-2 | PDF: Qualitätsziele | 215 |
| D-3 | Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements | 216 |
| D-4 | Instrumente des Qualitätsmanagements..... | 217 |
| D-5 | Qualitätsmanagement-Projekte..... | 219 |
| D-6 | Bewertung des Qualitätsmanagements | 219 |

- Einleitung



Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

| | |
|-----------------------------|--|
| Funktion | Qualitätsmanagementbeauftragte GBW seit 15.06.2023 |
| Titel, Vorname, Name | Britta Dodenhof |
| Telefon | 05139/801-4469 |
| Fax | 05139/801-5907 |
| E-Mail | britta.dodenhof@krh.de |

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

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

Weiterführende Links

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

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

| Link | Beschreibung |
|---|---------------------------------|
| https://grossburgwedel.krh.de/ueber-uns/qualitaets-und-risikomanagement | Qualitäts- und Risikomanagement |

Einleitung Q-Bericht 2022 Großburgwedel

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

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

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

Ein umfassendes Qualitätsmanagement ist eingeführt und wird aktiv gelebt.

Der vorliegende Qualitätsbericht enthält die Leistungs-und Strukturdaten des KRH Klinikum Großburgwedel mit den einzelnen Fachabteilungen für das 2022.

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

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2022:

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA seit März 2020 die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA-Beschluss vom 27. März 2020 bzw. 21. April 2022). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2022 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte können sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2022 widerspiegeln. 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 2022 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 Großburgwedel |
| Hausanschrift | Fuhrberger Straße 8 30938 Burgwedel |
| Zentrales Telefon | 05139/801-1 |
| Fax | 05139/801-5361 |
| Zentrale E-Mail | info.grossburgwedel@krh.de |
| Postanschrift | Postfach 1349 30929 Burgwedel |
| Institutionskennzeichen | 260321495 |
| Standortnummer aus dem Standortregister | 772488000 |
| Standortnummer (alt) | 00 |
| URL | https://grossburgwedel.krh.de/ |

Weitere relevante IK-Nummern

| | |
|--------------------------|-----------|
| Institutionskennzeichen: | 260321495 |
|--------------------------|-----------|

Ärztliche Leitung

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

Pflegedienstleitung

| Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin | |
|---|--|
| Funktion | Pflegedirektorin |
| Titel, Vorname, Name | Frau Susanne Lenz |
| Telefon | 05139/801-3310 |
| Fax | 05139/801-5361 |
| E-Mail | susanne.lenz@krh.de |

Verwaltungsleitung

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

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

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

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

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

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar |
|------|---|--|
| MP02 | Akupunktur | findet ausschließlich in der Geburtshilfe statt |
| MP04 | Atemgymnastik/-therapie | Diese Leistung wird über die eigene Physiotherapieabteilung erbracht. |
| MP08 | Berufsberatung/Rehabilitationsberatung | Patienten werden in Fragen der Rehabilitation von unseren Casemanagerinnen beraten, sie werden unterstützt bei allen notwendigen administrativen Aufgabenstellungen. |
| MP12 | Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) | Diese Leistung wird über die eigene Physiotherapieabteilung erbracht. |
| MP14 | Diät- und Ernährungsberatung | Diätassistentin kann als Konsilleistung angefordert werden. |
| MP15 | Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege | In Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst möglich. |
| MP16 | Ergotherapie/Arbeitstherapie | Kooperation mit externer Praxis besteht |
| MP19 | Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik | Findet jeden ersten Dienstag im Monat statt. |
| MP21 | Kinästhetik | |
| MP22 | Kontinenztraining/Inkontinenzberatung | In der Urologie |
| MP24 | Manuelle Lymphdrainage | Diese Leistung wird über die eigene Physiotherapieabteilung erbracht. |
| MP25 | Massage | Diese Leistung wird über die eigene Physiotherapieabteilung erbracht. |
| MP26 | Medizinische Fußpflege | Kooperation mit externen Anbietern |

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar |
|------|--|---|
| MP30 | Pädagogisches Leistungsangebot | |
| MP32 | Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie | Die Abteilung steht für die Versorgung aller stationären Patienten zur Verfügung. |
| MP35 | Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik | |
| MP36 | Säuglingspflegekurse | Eltern- und Großelternkurse werden angeboten. |
| MP37 | Schmerztherapie/-management | Die Behandlung von postoperativen Schmerzen wird nach einem Behandlungspfad unter der Regie der anästhesiologischen Abteilung durchgeführt. |
| MP43 | Stillberatung | |
| MP44 | Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie | |
| MP45 | Stomatherapie/-beratung | Die Pflegekräfte arbeiten hierbei eng mit externen Anbietern zusammen. Es findet eine Schulung der Patienten zur Vorbereitung statt, um sie auf das häusliche Umfeld vorzubereiten. |
| MP47 | Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik | Alle zur Pflege und Therapie notwendigen Hilfsmittel werden zur Verfügung gestellt. Bei Bedarf werden orthopädische Fachhandelsfirmen ins Haus gerufen. |
| MP48 | Wärme- und Kälteanwendungen | wird von der Physiotherapie angewendet |
| MP50 | Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik | Diese Leistung wird über die eigene Physiotherapieabteilung erbracht. |
| MP51 | Wundmanagement | |

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar |
|------|---|--|
| MP52 | Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen | Enge Zusammenarbeit mit den hiesigen Selbsthilfegruppen. Einige der Selbsthilfegruppen nutzen für die Treffen die Räumlichkeiten des Hauses. |
| MP63 | Sozialdienst | |
| MP66 | Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen | |
| MP68 | Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege | |
| MP69 | Eigenblutspende | |
| MP41 | Spezielles Leistungsangebot von Hebammen/Entbindungspflegern | Wir bieten Akupunktur, Kinesiotaping an |
| MP53 | Aromapflege/-therapie | Kreißsaal: Bedingt z.B. für Bäder zur Geburtsvorbereitung oder das Erwecken der Kinder im Bauch (Citrusöl) |
| MP55 | Audiometrie/Hördiagnostik | Hörtest bei Neugeborenen |

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

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

Für die Nutzung des Entertainmentpaketes benötigen Sie ein Zugangsticket sowie Kopfhörer. Das Ticket erhalten Sie bequem online oder an der Rezeption. Sie können gern Ihre eigenen Kopfhörer nutzen. Alternativ können Kopfhörer gegen eine Gebühr von 2,-€ an der Rezeption erworben werden.

| Nr. | Leistungsangebot | Link | Kommentar |
|------|--|---|--|
| NM02 | Ein-Bett-Zimmer | https://grossburgwedel.krh.de/ihr-aufenthalt/unterbringung-und-angebote | Für alle Patienten gegen Zuzahlung möglich |
| NM07 | Rooming-in | https://grossburgwedel.krh.de/geburt | |
| NM09 | Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) | https://grossburgwedel.krh.de/ihr-aufenthalt/unterbringung-und-angebote | Die Aufnahme von Begleitpersonen ist grundsätzlich möglich, wenn Platz vorhanden ist. |
| NM42 | Seelsorge | https://grossburgwedel.krh.de/ihr-aufenthalt/soziale-dienste | evangelischer und katholischer Seelsorger stehen zur Verfügung. |
| NM49 | Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten | https://grossburgwedel.krh.de/ihr-aufenthalt/soziale-dienste | |
| NM60 | Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen | https://grossburgwedel.krh.de/ihr-aufenthalt/soziale-dienste | z.B. im Uroonkologischen Zentrum mit Selbsthilfegruppen für Prostata-, Nieren-, oder Harnblasenkrebs |
| NM66 | Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität) | https://grossburgwedel.krh.de/comfort | wird ermöglicht |

| Nr. | Leistungsangebot | Link | Kommentar |
|------|--|---|---|
| NM68 | Abschiedsraum | https://grossburgwedel.krh.de/ihr-aufenthalt/soziale-dienste | |
| NM69 | Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) | https://grossburgwedel.krh.de/ihr-aufenthalt/unterbringung-und-angebote | |
| NM10 | Zwei-Bett-Zimmer | https://grossburgwedel.krh.de/ihr-aufenthalt/unterbringung-und-angebote | Für alle Patienten gegen Zuzahlung möglich. |

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

| Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen | |
|---|--|
| Funktion | Schwerbehindertenvertretung |
| Titel, Vorname, Name | Herr Timo Splitt |
| Telefon | 05139/801-4555 |
| E-Mail | Timo.Splitt@krh.de |

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

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

| Nr. | Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit | Kommentar |
|------|--|--|
| BF09 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen) | |
| BF10 | Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher | Auf einer Station und in der Notaufnahme vorhanden |
| BF24 | Diätische Angebote | |
| BF26 | Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal | Wenn die notwendige Sprache vom Personal beherrscht wird |

| Nr. | Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit | Kommentar |
|------|--|--|
| BF17 | Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | Vorhandene Betten können verlängert werden. Bei Bedarf besteht die Möglichkeit für besonders übergewichtige Menschen geeignete Betten zu mieten. |
| BF22 | Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | Bei Bedarf werden für übergewichtige Pat. Hilfsmittel (z.B. Toilettenstuhl) gemietet. |
| BF08 | Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen | |

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

| Nr. | Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten | Kommentar |
|------|--|--|
| FL01 | Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten | Propädeutikkurs: Dr. Grotjahn: Innere Medizin |
| FL03 | Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) | |
| FL05 | Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien | Mitglied des Comprehensive Cancer Center (CCC) Hannover und darüber des CCC Niedersachsen. |

| Nr. | Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten | Kommentar |
|------|---|--|
| FL07 | Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien | <p>Unsere Klinik für Urologie nimmt an folgenden Studien teil:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Burgdorf Study -Pro Focus Studie -HEMI-Studie -PCO-Studie EvEnT-PCA <p>Anwendungsbeobachtung der Therapie mit HIFU bei PCA</p> |
| FL08 | Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher | |
| FL09 | Doktorandenbetreuung | |

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

| Nr. | Ausbildung in anderen Heilberufen | Kommentar |
|------|--|--|
| 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> |
| HB07 | Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA) | <p>Im Klinikum Region Hannover stehen zentral in der unternehmenseigenen Akademie Ausbildungsplätze zur Verfügung.</p> <p>https://akademie.krh.de/ausbildung/operationstechnische-assistenz</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/praktisches-jahr/hebammenwissenschaft</p> |
| HB15 | Anästhesietechnische Assistentin und Anästhesietechnischer Assistent (ATA) | <p>Im Klinikum Region Hannover stehen zentral in der unternehmenseigenen Akademie Ausbildungsplätze zur Verfügung.</p> <p>https://akademie.krh.de/ausbildung/anaesthesietechnische-assistenz</p> |

| Nr. | Ausbildung in anderen Heilberufen | Kommentar |
|------|---|---|
| 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. |
| HB19 | Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner | Im Klinikum Region Hannover stehen zentral in der unternehmenseigenen Akademie Ausbildungsplätze zur Verfügung. 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 | 216 |

A-10 Gesamtfallzahlen

| Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle | |
|--|-------|
| Vollstationäre Fallzahl | 11050 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |
| Ambulante Fallzahl | 19860 |
| 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: 73,83

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

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 73,83 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 73,83 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 39,74

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 39,74 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 39,74 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

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

Anzahl Vollkräfte: 0,98

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|--------------------------------------|
| Stationär | 0,98 | inkl. 0,10 VK in der Schmerzambulanz |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,98 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

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

Anzahl Vollkräfte: 0,88

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,88 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,88 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

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

Anzahl: 0

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: 170,63

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 170,63 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 170,63 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 21,88

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------------------------------|
| Stationär | 21,88 | inkl. 1,29 in der Schmerzambulanz |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 21,88 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 2,65

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,65 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,65 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 6,01

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 6,01 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 6,01 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 1,11

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1,11 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,11 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.

Ausbildungsdauer: 7-8 Semester

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 1,57

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1,57 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,57 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0,3

Personal aufgeteilt nach:

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

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

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0,07

Personal aufgeteilt nach:

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

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

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0,07

Personal aufgeteilt nach:

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

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

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 2,32

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,32 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,32 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0,3

Personal aufgeteilt nach:

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

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

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 7,56

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 7,56 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 7,56 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0,14

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------------------------------|
| Stationär | 0,14 | inkl. 0,14 in der Schmerzambulanz |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,14 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Entbindungspfleger und Hebammen in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 7,04

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 7,04 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 7,04 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 6,13

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 6,13 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 6,13 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 5,13

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 5,13 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 5,13 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 23,95

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 23,95 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 23,95 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 1,31

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

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|------------------------------------|
| Stationär | 1,31 | inkl. 1,24 in der Sschmerzambulanz |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,31 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP04 - Diätassistentin und Diätassistent

Anzahl Vollkräfte: 0

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

Personal aufgeteilt nach:

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

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

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 6,53

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 6,53 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 6,53 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

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

Anzahl Vollkräfte: 0

Kommentar: Wir kooperieren mit externen Anbietern.

Personal aufgeteilt nach:

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

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

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

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

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

SP27 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie

Anzahl Vollkräfte: 0

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

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|---|
| Stationär | 0 | Kooperation mit externen Anbietern 1,0 in Ausbildung |
| Ambulant | 0 | |

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

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

Anzahl Vollkräfte: 0

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

Personal aufgeteilt nach:

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

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

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

Anzahl Vollkräfte: 6,09

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 6,09 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 6,09 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

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

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

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

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

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Anzahl Vollkräfte: 2

Personal aufgeteilt nach:

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

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

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojtá

Anzahl Vollkräfte: 1,5

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1,5 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,5 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP36 - Entspannungspädagogin und Entspannungspädagoge/Entspannungstherapeutin und Entspannungstherapeut/Entspannungstrainerin und Entspannungstrainer (mit psychologischer, therapeutischer und pädagogischer Vorbildung)/Heileurhythmielehrerin und Heileurhythmielehrer/Feldenkraislehrerin und Feldenkraislehrer

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

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

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

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

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

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

SP17 - Oecotrophologin und Oecotrophologe (Ernährungswissenschaftlerin und Ernährungswissenschaftler)

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

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

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

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

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 | |

SP59 - Notfallsanitäterinnen und –sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)

Anzahl Vollkräfte: 2,73

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,73 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,73 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

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

A-12.1.2 Lenkungs-gremium

Im wöchentlichen Rhythmus treffen sich die QMB der zwei Standorte Lehrte und Großburgwedel.

Mit der Ärztl. Direktorin finden regelmäßige Treffen mit den zwei QMBs statt.

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

Einmal pro Quartal findet ein Treffen aller QMB's (KRH) mit dem zentralen QM statt.

| Lenkungs-gremium | |
|---|---|
| Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche | Regelhaft: - Direktorium - Chefärzte - Pflegedienstleitung - Bereichsleitungen - Fachabteilungen - QMB's der Standorte - QM-Multiplikatoren - Zertifizierte Zentren |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | monatlich |

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

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

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

A-12.2.2 Lenkungs-gremium

| Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe | |
|---|---|
| Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe | Ja - Wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement |
| Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche | Regelhaft: <ul style="list-style-type: none">- Direktorium- Chefärzte- Pflegedienstleitung- Bereichsleitungen- Fachabteilungen- QMB's der Standorte- QM-Multiplikatoren- Zertifizierte Zentren |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | monatlich |

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben | Kommentar |
|------|--|--|---|
| RM01 | Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor | Name: DLS (Dokumentenlenkungssystem), Intrafox Risikomanagement, klinisches Risikomanagement Datum: 26.07.2022 | Ab 07/2019 Einführung eines Dokumentenlenkungssystems (DLS), Ab 01/2021 Einführung einer Risikomanagementsoftware |
| RM02 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen | | Es gibt festgelegte Pflichtfortbildungen wie z.B. Reanimation, Hygiene, Brandschutz. Diese werden als Inhouseschulung angeboten. Allen Mitarbeitern steht das Angebot KRH Bildungszentrums zur Verfügung. |

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben | Kommentar |
|------|------------------------------|---|---|
| RM03 | Mitarbeiterbefragungen | | <p>2020 wurde an allen Krankenhäusern des Klinikverbundes KRH eine Befragung der Pflegekräfte durchgeführt. Es handelte sich um ein Projekt, welches mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss von 2019 bis 2021 gefördert wird. Im Zentrum stand dabei der Zusammenhang zwischen guten Arbeitsbedingungen, Arbeitsfähigkeit in der Pflege und die Zufriedenheit von Patienten.</p> <p>Partnerschaften: Arbeit und Zukunft e.V. Hamburg, Universität Ulm und BKK Dachverband der Betriebskrankenkassen.</p> |
| RM04 | Klinisches Notfallmanagement | <p>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: DLS (Dokumentenlenkungssystem), Intrafox Risikomanagement, klinisches Risikomanagement Datum: 26.07.2022</p> | <p>Es existiert ein Notfallkonzept mit Benennung von Reanimationsteams.</p> |

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben | Kommentar |
|------|---|--|--|
| RM05 | Schmerzmanagement | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: DLS (Dokumentenlenkungssystem), Intrafox Risikomanagement, klinisches Risikomanagement Datum: 26.07.2022 | Es existiert ein Postoperatives Schmerzkonzept für alle Abteilungen im Haus. Diese wird von unseren Pain Nurses unter der Leitung der Anästhesie geführt. Zusätzlich gibt es den Pflegestandard "Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen" |
| RM06 | Sturzprophylaxe | Name: SAP und DLS Datum: 13.03.2023 | Die Erhebung des Sturzrisikos erfolgt in SAP und die Maßnahmen zur Sturzprophylaxe werden dort ebenfalls quittiert. Standard zur Sturzprophylaxe auf der Grundlage des Expertenstandards. |
| RM07 | Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) | Name: Intranet und DLS Datum: 12.12.2018 | Dekubituspflege standard auf der Grundlage des Expertenstandards. |
| RM08 | Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen | Name: Dokumentation im Intranet Datum: 24.05.2022 | Pflegestandard zur "Fixierung eines Patienten" im Intranet vorhanden. Eine Aktualisierung findet derzeit statt. |

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben | Kommentar |
|------|--|--|---|
| RM09 | Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten | Name: Richtlinie Medizintechnik im DLS (46446) Datum: 17.05.2021 | Es existiert eine zentrale schriftliche Regelung der Medizintechnik, in der die Vorgehensweise geregelt ist (Meldung von Fehlern über eine Software). |
| RM10 | Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen | <ul style="list-style-type: none"> - Tumorkonferenzen - Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen - Qualitätszirkel | Im Rahmen der zertifizierten Zentren (Prostatakarzinomzentrum & Endoprothetikzentrum) sind die Verfahren fest etabliert. M&M Konferenzen finden interdisziplinär für alle Fachabteilungen gemeinsam statt. Interdisziplinäre Fallbesprechungen in der Schmerztherapie |
| RM12 | Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen | | |
| RM13 | Anwendung von standardisierten OP-Checklisten | | Es gibt eine OP Checkliste, Team Time Out kommt zur Anwendung, die Einhaltung wird in Audits regelmäßig überprüft. |

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben | Kommentar |
|------|--|--|---|
| RM14 | Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: DLS (Dokumentenlenkungssystem), Intrafox Risikomanagement, klinisches Risikomanagement Datum: 26.07.2022 | Anhand der OP Sicherheitscheckliste werden die Parameter (vorhersehbare kritische OP Schritte, OP-Zeit und erwartetem Blutverlust) erhoben. |
| RM15 | Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: DLS (Dokumentenlenkungssystem), Intrafox Risikomanagement, klinisches Risikomanagement Datum: 26.07.2022 | Findet im Rahmen der vorstationären Aufnahme statt. |

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben | Kommentar |
|------|--|--|---|
| RM16 | Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: DLS (Dokumentenlenkungssystem), Intrafox Risikomanagement, klinisches Risikomanagement Datum: 26.07.2022 | Es kommen folgende Regularien zur Anwendung: Patientenarmbänder OP Sicherheitscheckliste Team Time Out Seitenmarkierung Mehrmalige Patientenidentifikation |
| RM17 | Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: DLS (Dokumentenlenkungssystem), Intrafox Risikomanagement, klinisches Risikomanagement Datum: 26.07.2022 | |
| RM18 | Entlassungsmanagement | Name: Prozessbeschreibung Entlassungsmanagement zur Zeit im Intranet Datum: 09.10.2017 | |

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsweg-internen Fehlermeldesystems

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

| Nr. | Instrument und Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|--|---------------|
| IF01 | Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor | 15.11.2022 |
| 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 | Ja |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | bei Bedarf |

| Nr. | Instrument und Maßnahme | Kommentar |
|------|-------------------------|--|
| EF00 | Sonstiges | Nutzung des Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) |

Weitere Informationen bekommen Sie hier:

<http://www.aps-ev.de/>

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

| Hygienepersonal | Anzahl (Personen) | Kommentar |
|---|-------------------|--|
| Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaushygienikern | 1 | 0,25 VK, ergänzt durch den ärztlichen Direktor IMK und lfd. Oberärztin Krankenhaushygiene IMK |
| Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte | 6 | In jeder Fachabteilung gibt es eine/n benannte/n ärztl. Kolleg*in. Krankenhaushygieniker*innen und hygienebeauftragte Ärzt*innen werden von den HFK und den Hygieneansprechpartner*innen in der Pflege unterstützt |
| Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK) | 2 | |
| Hygienebeauftragte in der Pflege | 14 | Auf jeder Station bzw. in jedem Funktionsbereich gibt es Hygieneansprechpartner aus der Pflege. |

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

| Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission | |
|---|--|
| Funktion | Ärztliche Direktorin (ab 01.05.2018) |
| Titel, Vorname, Name | Frau Dr. med. Antje Hoffmann |
| Telefon | 05139/801-3317 |
| Fax | 05139/801-5361 |
| E-Mail | antje.hoffmann@krh.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 Wundaufgabe | 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.

| Händedesinfektionsmittelverbrauch | |
|---|-----------------------|
| Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen | |
| - Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben | Ja |
| - Händedesinfektionsmittelverbrauch | 44,17 ml/Patiententag |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen | |
| - Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben | Ja |
| - Händedesinfektionsmittelverbrauch | 84,18 ml/Patiententag |
| Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs | Ja |

Weitere Informationen bekommen Sie hier:

<http://www.krh.de/das-krh/aktuelle-meldungen/lehren-aus-der-krise>

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 |
|------|--|---|---|
| HM02 | Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen | ITS-KISS | Intensivstationen |
| HM03 | Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen | Name: MRSA-Plus-Netzwerk, MRE- Netzwerk | Region Hannover |
| 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 mehrmals jährlich und bei Bedarf statt |
| HM04 | Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH) | Teilnahme (ohne Zertifikat) | Keine Teilnahme an ASH, sondern neben dem seit Jahren etablierten Vorgehen anhand eines eigenen Konzepts 2022 Implementierung von "Observe" (bundesweit angewandt) mit dem Ziel der Komplett- Ausrollung KRH 2023 |
| HM01 | Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten | URL: http://www.krankenhausspiegel-hannover.de/starseite/ | SGB V, §137 Krankenhausspiegel Hannover |

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

| Lob- und Beschwerdemanagement | | Kommentar / Erläuterungen |
|---|----|---|
| Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt | Ja | Jährlich findet eine Auswertung und Kommunikation der Ergebnisse im Haus statt. Notwendige Maßnahmen werden zeitnah abgeleitet. |
| Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung) | Ja | Es existiert ein 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. |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden | Ja | Das Verfahren zum Umgang mit schriftlichen Beschwerden ist geregelt. |
| Die Zeitziele für die Rückmeldung an die 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 bestätigt. Die Gesamtdauer eines Vorganges ist in Abhängigkeit der Komplexität variabel und kann von wenigen Stunden (Sofortlösung) bis zu mehreren Wochen (umfangreiche Lösung) betragen. Jedes Anliegen wird mit einer abschließenden Antwort an die meldende Person beendet. |

Regelmäßige Einweiserbefragungen

| | |
|--------------|---|
| Durchgeführt | Ja |
| Link | |
| Kommentar | Im KRH Klinikum Großburgwedel finden Einweiserbefragungen im Uroonkologischen Zentrum sowie dem EndoProthetikZentrum statt. |

Regelmäßige Patientenbefragungen

| | |
|--------------|---|
| Durchgeführt | Ja |
| Link | |
| Kommentar | Es findet eine kontinuierliche Befragung im Uroonkologischen Zentrum, im EndoProthetikZentrum, sowie im Aufnahme-und Untersuchungszentrum für alle Abteilungen statt. |

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

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

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

| | |
|----------------------|--|
| Funktion | Leitung QM standortübergreifend/ QMB GBW |
| Titel, Vorname, Name | Wiebke Brackhahn |
| Telefon | 0511/801-4469 |
| E-Mail | lobundtadel.grossburgwedel@krh.de |

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

| | |
|----------------------|--|
| Funktion | Qualitätsmanagementbeauftragte ab 06.2023 |
| Titel, Vorname, Name | Britta Dodenhof |
| Telefon | 05139/801-4469 |
| E-Mail | lobundtadel.grossburgwedel@krh.de |

Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements

| | |
|------------------|--|
| Link zum Bericht | |
| Kommentar | |

Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher

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

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

Weitere Informationen bekommen Sie hier:

<http://www.krh.de/patientenfuersprecher>

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 |
| Fax | 0511/927-6929 |
| E-Mail | thomas.vorwerk@krh.de |

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

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

Erläuterungen

Es findet ein regelmäßiger Austausch zwischen Ärztinnen/Ärzten und Apotheker/innen in der Thematik Arzneimittelverordnung statt.

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z. B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat.

Die folgenden Aspekte können, gegebenenfalls unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden:

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese:

Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ursprünglichen Medikation des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.

- Medikationsprozess im Krankenhaus:

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.

Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z.B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u.Ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.

- Entlassung:

Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben | Erläuterungen |
|------|--|---------------|-------------------------------------|
| AS01 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen | | |
| AS04 | Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen) | | Formular in der Verordnungssoftware |
| AS07 | Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware) | | SmartMedication |
| AS08 | Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®) | | AIDKlinik® |

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben | Erläuterungen |
|------|---|---|---|
| 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. |
| 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. | AIDKlinik® zur Entscheidungsunterstützung, Elektronische Bestellung von Arzneimitteln und Rezepturen, elektronische Anforderung von Zytostatika mit dem Zenzy-Arztmodul |

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben | Erläuterungen |
|------|---|--|---|
| AS11 | Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln | | SmartMedication |
| 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) | Pharmazeutische Visiten, Hinterlegung patientenindividueller AMTS-Hinweise in den Verlaufsberichten durch Apotheker/in, CIRS-System |
| 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 (gegebenenfalls vorläufigen) Entlassbriefs - Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen - Aushändigung des Medikationsplans - bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten | |

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß § 4 Absatz 2 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben Einrichtungen die Prävention von und Intervention bei Gewalt und Missbrauch als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorzusehen. Ziel ist es, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern. Das jeweilige Vorgehen wird an Einrichtungsgröße, Leistungsspektrum und den Patientinnen und Patienten ausgerichtet, um so passgenaue Lösungen zur Sensibilisierung der Teams sowie weitere geeignete vorbeugende und intervenierende Maßnahmen festzulegen. Dies können u. a. Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

| | |
|---|----|
| Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements vorgesehen? | Ja |
|---|----|

A-12.6.1 Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen

Gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben sich Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen zu befassen (Risiko- und Gefährdungsanalyse) und – der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend – konkrete Schritte und Maßnahmen abzuleiten (Schutzkonzept). In diesem Abschnitt geben Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche versorgen, an, ob sie gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.

Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen

| | |
|--|----|
| Werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt? | Ja |
| Liegt ein auf Basis einer Gefährdungsanalyse erstelltes Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen vor, das mindestens die Elemente Prävention, Interventionsplan und Aufarbeitung gemäß Teil B Abschnitt I § 1 Satz 9 QM-RL umfasst? | Ja |

| Nr. | Schutzkonzept | Letzte Überprüfung |
|------|---|--------------------|
| SK10 | Handlungsempfehlungen zum Umgang/ zur Aufarbeitung aufgetretener Fälle | 24.05.2022 |
| SK08 | Interventionsplan Verbindliches Verfahren zum Vorgehen in Kinderschutzfällen und insbesondere beim Verdacht auf (sexuelle) Gewalt | 25.03.2021 |
| SK04 | Verhaltenskodex mit Regeln zum achtsamen Umgang mit Kindern und Jugendlichen | 24.05.2022 |

A-13 Besondere apparative Ausstattung

| Nr. | Vorhandene Geräte | Umgangssprachliche Bezeichnung | 24h verfügbar | Kommentar |
|------|---|--|---------------|---|
| AA01 | Angiographiegerät/D SA | Gerät zur Gefäßdarstellung | Ja | Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar. |
| AA08 | Computertomograph (CT) | Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen | Ja | im Hause vorhanden |
| AA10 | Elektroenzephalographiegerät (EEG) | Hirnstrommessung | Ja | Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar. |
| AA14 | Gerät für Nierenersatzverfahren | Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse) | Ja | Das Gerät steht auf der Intensivstation zur Verfügung. |
| AA15 | Gerät zur Lungenersatztherapie /-unterstützung | | Ja | Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar. |
| AA18 | Hochfrequenzthermotherapiegerät | Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik | - | Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar. |
| AA21 | Lithotripter (ESWL) | Stoßwellen-Steinzerstörung | - | im Haus vorhanden |
| AA22 | Magnetresonanztomograph (MRT) | Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder | Ja | Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar. |
| AA23 | Mammographiegerät | Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse | - | Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar |
| AA32 | Szintigraphiescanner / Gammasonde | Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten | - | im Haus vorhanden |
| AA33 | Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz | Harnflussmessung | - | in der Gynäkologie und Urologie vorhanden |

| Nr. | Vorhandene Geräte | Umgangssprachliche Bezeichnung | 24h verfügbar | Kommentar |
|------|--|---|---------------|---|
| AA38 | Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen | Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck | Ja | Frühgeborenenreanimationseinheit |
| 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 | - | Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar. |
| AA47 | Inkubatoren Neonatologie | Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten) | Ja | Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar. |
| AA50 | Kapselendoskop | Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung | - | im Haus vorhanden |
| AA57 | Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren | Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechniken | - | Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar. |
| AA69 | Linksherzkatheterlabor | Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße | Ja | Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar. |
| AA70 | Behandlungsplatz für mechanische Thrombektomie bei Schlaganfall | Verfahren zur Eröffnung von Hirngefäßen bei Schlaganfällen | Ja | Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar. |
| AA71 | Roboterassistiertes Chirurgie-System | Operationsroboter | - | wird in der Unfallchirurgie Orthopädie zur OP von Knie- und Hüftprothesen eingesetzt. |
| AA72 | 3D-Laparoskopie-System | Kamerasystem für eine dreidimensionale Darstellung der Organe während der Operation | - | im Haus vorhanden |

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

Alle Krankenhäuser gewährleisten Notfallversorgung und haben allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern im entgeltrechtlichen Sinne geregelt. Das bedeutet, dass Krankenhäuser, die festgelegte Anforderungen an eine von drei Notfallstufen erfüllen, durch Vergütungszuschläge finanziell unterstützt werden. Krankenhäuser, die die Anforderungen an eine der drei Stufen nicht erfüllen, erhalten keine Zuschläge. Nimmt ein Krankenhaus nicht am gestuften System von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber Abschläge vor.

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Die Notaufnahme des KRH Klinikum Großburgwedel ist jeden Tag 24 Stunden erreichbar. Sie bietet für alle dort eintreffenden Notfälle eine kompetente medizinische Akutversorgung. Die ambulante und ggf. notwendige stationäre Behandlung wird dabei entsprechend der Dringlichkeit und Schwere des Krankheits- oder Verletzungsbildes durchgeführt.

Alle Notfallpatientinnen und -patienten, mit Ausnahme von Notfällen der Kliniken für Pädiatrie und Zahnmedizin, werden täglich rund um die Uhr von unserem ärztlichen und pflegerischen Team interdisziplinär versorgt. Die Notfallversorgung in der ZNA umfasst:

ambulante Notfallversorgung: Notfälle mit niedriger Behandlungsdringlichkeit in der Ersteinschätzung (Triage) werden in den einfachen Behandlungsräumen versorgt und können anschließend meist nach Hause entlassen werden.

stationäre Notfallversorgung: Notfälle mit hoher Behandlungsdringlichkeit in der Ersteinschätzung (Triage) werden im Liegendbereich der ZNA unter kontinuierlicher Überwachung der lebenswichtigen Vitalfunktionen von einem fachärztlichen notfallmedizinischen Team versorgt.

Stufe der Notfallversorgung des Krankenhauses

| | |
|---|----------------------------------|
| Zugeordnete Notfallstufe | Basisnotfallversorgung (Stufe 1) |
| 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 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 **Innere Medizin**

B-1.1 **Allgemeine Angaben Innere Medizin**

Versorgungsschwerpunkte der Medizinischen Klinik:

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

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

Der besondere Schwerpunkt der Medizinischen Klinik ist die Gastroenterologie:

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

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

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

Im Bereich der Ultraschalldiagnostik:

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

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

Im Bereich der Kardiologie:

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

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

Das akute Nierenversagen wird in Zusammenarbeit mit dem Klinikum Siloah bzw. mit dem Klinikum Lehrte und vor Ort auf der Intensivstation mittels Dialyse und Hämofiltration behandelt. Chronische Nierenerkrankungen stellen einen weiteren Schwerpunkt der Behandlung dar.

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

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

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

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

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

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

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

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

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

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

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

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

Chefärztin oder Chefarzt

| | |
|-----------------------------|---|
| Funktion | komm. Chefarzt seit 01.04.2023 |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Alexander Akur |
| Telefon | 05139/801-3265 |
| Fax | 05139/801-5374 |
| E-Mail | alexander.akur@krh.de |
| Straße/Nr | Fuhrberger Straße 8 |
| PLZ/Ort | 30938 Burgwedel |
| Homepage | https://grossburgwedel.krh.de/ |

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß
DKG

Ja

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote Innere Medizin

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

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote Innere Medizin |
|------|---|
| VI06 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten |
| VI19 | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten |
| VN01 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen |
| VN02 | Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen |
| VO01 | Diagnostik und Therapie von Arthropathien |
| VO02 | Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes |
| VO03 | Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens |
| VO04 | Diagnostik und Therapie von Spondylopathien |
| VO05 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens |
| VO06 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln |
| VO07 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen |
| VO08 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes |
| VO09 | Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien |
| VO10 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes |
| VO11 | Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane |
| VU01 | Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten |
| VU02 | Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz |
| VU03 | Diagnostik und Therapie von Urolithiasis |
| VU04 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters |
| VU05 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems |
| VU06 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane |
| VI35 | Endoskopie |
| VR44 | Teleradiologie |
| VC00 | Nachuntersuchung bei kompliziertem Verlauf |
| VI00 | Prokto-/Rektoskopie |
| VI00 | Ösophago-Gastroduodenoskopie |
| VI00 | Polypektomie |
| VI00 | Bougierung des Ösophagus oder Kardiasprengung |
| VI00 | Einsetzen einer Ösophagusprothese |
| VI00 | Perkutane Gastrostomie |
| VX00 | invasives und nicht-invasives Monitoring aller Vitalfunktionen (incl. PiCCO-Messungen) |
| VX00 | Beatmung |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote Innere Medizin |
|------|---|
| VX00 | thorakaler Periduralkatheter |
| VX00 | am Haus stationierte Notarzteinsetzfahrzeug (NEF) |
| VX00 | temporäre Nierenersatzverfahren (CVVH) |
| VX00 | vorübergehende Herzschrittmacher |
| VX00 | Internistische Intensivmedizin |
| VX00 | Akutschmerzmanagement |
| VX00 | Endosonographie |
| VX00 | Koloskopien |
| VX00 | Entwöhnung von künstlicher Beatmung |
| VX00 | Medikamentöse Einstellung |

B-1.5 Fallzahlen Innere Medizin

| Fallzahlen | |
|--------------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 4603 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|---|
| 1 | I50 | 374 | Herzinsuffizienz |
| 2 | J18 | 216 | Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet |
| 3 | E86 | 214 | Volumenmangel |
| 4 | I48 | 186 | Vorhofflimmern und Vorhofflattern |
| 5 | K80 | 158 | Cholelithiasis |
| 6 | J44 | 145 | Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit |
| 7 | I10 | 101 | Essentielle (primäre) Hypertonie |
| 8 | R55 | 88 | Synkope und Kollaps |
| 9 | B34 | 86 | Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation |
| 10 | I63 | 86 | Hirnfarkt |
| 11 | A41 | 83 | Sonstige Sepsis |
| 12 | N30 | 83 | Zystitis |
| 13 | A09 | 75 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs |
| 14 | K57 | 71 | Divertikelkrankheit des Darmes |

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|---|
| 15 | K29 | 68 | Gastritis und Duodenitis |
| 16 | K56 | 63 | Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie |
| 17 | F10 | 62 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol |
| 18 | N39 | 62 | Sonstige Krankheiten des Harnsystems |
| 19 | D50 | 60 | Eisenmangelanämie |
| 20 | E11 | 60 | Diabetes mellitus, Typ 2 |

B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|--|
| 1 | 9-984 | 2416 | Pflegebedürftigkeit |
| 2 | 1-632 | 1166 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie |
| 3 | 1-440 | 546 | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas |
| 4 | 5-513 | 499 | Endoskopische Operationen an den Gallengängen |
| 5 | 3-055 | 495 | Endosonographie der Gallenwege und der Leber |
| 6 | 8-98g | 391 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern |
| 7 | 1-650 | 364 | Diagnostische Koloskopie |
| 8 | 3-056 | 285 | Endosonographie des Pankreas |
| 9 | 1-653 | 268 | Diagnostische Proktoskopie |
| 10 | 3-05a | 238 | Endosonographie des Retroperitonealraumes |
| 11 | 3-052 | 221 | Transösophageale Echokardiographie [TEE] |
| 12 | 5-469 | 212 | Andere Operationen am Darm |
| 13 | 5-452 | 206 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes |
| 14 | 1-642 | 141 | Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege |
| 15 | 1-640 | 129 | Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege |
| 16 | 1-444 | 113 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt |
| 17 | 8-640 | 109 | Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus |

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|--|
| 18 | 8-152 | 103 | Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax |
| 19 | 1-844 | 100 | Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle |
| 20 | 3-051 | 100 | Endosonographie des Ösophagus |

B-1.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

| OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|----------|--------|--|
| 3-207 | 19 | Native Computertomographie des Abdomens |
| 8-812.51 | 4 | Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 1.500 IE bis unter 2.500 IE |
| 8-810.jb | < 4 | Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat: 8,0 g bis unter 9,0 g |

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Zentrale Notfallaufnahme (ZNA)

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

Privatsprechstunde Herr Dr. med. Grotjahn

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

Ermächtigungsambulanz Herr Dr. med. Grotjahn

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

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Wir führen ambulante Koloskopien durch.

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|---|
| 1 | 1-650 | 307 | Diagnostische Koloskopie |
| 2 | 5-452 | 206 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes |
| 3 | 1-444 | 63 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt |
| 4 | 1-442 | < 4 | Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren |

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|---|
| 5 | 1-640 | < 4 | Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege |
| 6 | 5-429 | < 4 | Andere Operationen am Ösophagus |
| 7 | 5-513 | < 4 | Endoskopische Operationen an den Gallengängen |

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 19,45

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 19,45 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 19,45 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 236,6581

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 6,61

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 6,61 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 6,61 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 696,36914

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 42,46

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 42,46 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 42,46 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 108,40791

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,76

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1,76 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,76 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2615,34091

Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.

Ausbildungsdauer: 7-8 Semester

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,72

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,72 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,72 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 6393,05556

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,74

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,74 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,74 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 6220,27027

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 4,4

Personal aufgeteilt nach:

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

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

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1046,13636

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 6,57

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 6,57 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 6,57 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 700,60883

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

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

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-2 Allgemein- und Viszeralchirurgie

B-2.1 Allgemeine Angaben Allgemein- und Viszeralchirurgie

Der Begriff „Viszeralchirurgie“ leitet sich aus dem lateinischen „Viszera“ ab und bedeutet „die inneren Organe betreffend“. Die Viszeralchirurgie umfasst somit die operative Behandlung von Erkrankungen der Bauchorgane.

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

Besonderer Schwerpunkt ist neben der Behandlung gutartiger Darmerkrankungen, wie der Divertikelkrankheit, die operative Therapie bösartiger Erkrankungen, die sogenannte onkologische Chirurgie. Zudem sind wir eine der Kliniken in der Region Hannover, welche die Mindestmengen für die Pankreaschirurgie erfüllt. In der regelmäßig durchgeführten interdisziplinären Tumorkonferenz erfolgt die Festlegung einer individuellen Therapie, die sich

an den aktuellen Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften orientiert. An dieser Konferenz nehmen neben den behandelnden Chirurgen die Internisten, Onkologen, Urologen sowie ein Radiologe, ein Pathologe und ein Strahlentherapeut teil. Die Therapiefestlegung erfolgt in enger Abstimmung mit den niedergelassenen Haus- und Fachärzten. Die gute Ergebnisqualität unserer Leistung wird seit 2013 fortlaufend durch eine externe Fachgesellschaft überprüft. Hierbei handelt es sich um die Qualitätssicherung des Westdeutschen Darm-Centrums (WDC), welche unsere Qualität mit 105 weiteren Kliniken und Zentren vergleicht.

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

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

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

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

Für die Behandlung von chronischen Wunden haben wir die erforderlichen Voraussetzungen für eine fachlich hochwertige Versorgung. Das moderne Wundmanagement erfolgt durch ein Team von pflegerischen und ärztlichen Wundexperten (ICW-zertifiziert). Um eine gute Heilung zu erzielen stehen beispielsweise auch Verfahren wie eine Unterdrucktherapie oder ein Ultraschallbasiertes Debridement zur Verfügung.

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

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

Intensivmedizin sowie mit der Abteilung für spezielle Schmerztherapie.

Zur Vermeidung von Krankenhausinfektionen werden Sicherheitsstandards nach der europäischen Richtlinie angewendet. In deren Rahmen wird schon vor der stationären Aufnahme ein Screening auf Problemkeime (multiresistente Keime) durchgeführt.

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

Wir bieten Ihnen folgendes Leistungsspektrum an:

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

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

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

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

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

B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

B-2.3 Medizinische Leistungsangebote Allgemein- und Viszeralchirurgie

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

B-2.5 Fallzahlen Allgemein- und Viszeralchirurgie

| Fallzahlen | |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 1270 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|---|
| 1 | K80 | 226 | Cholelithiasis |
| 2 | K40 | 128 | Hernia inguinalis |
| 3 | K56 | 109 | Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie |
| 4 | K35 | 88 | Akute Appendizitis |
| 5 | K57 | 73 | Divertikelkrankheit des Darmes |
| 6 | E04 | 66 | Sonstige nichttoxische Struma |
| 7 | K42 | 51 | Hernia umbilicalis |
| 8 | C18 | 45 | Bösartige Neubildung des Kolons |
| 9 | K43 | 33 | Hernia ventralis |
| 10 | K61 | 25 | Abszess in der Anal- und Rektalregion |
| 11 | C20 | 20 | Bösartige Neubildung des Rektums |
| 12 | K59 | 20 | Sonstige funktionelle Darmstörungen |
| 13 | L89 | 19 | Dekubitalgeschwür und Druckzone |
| 14 | L02 | 17 | Hautabszess, Furunkel und Karbunkel |
| 15 | A46 | 14 | Erysipel [Wundrose] |
| 16 | E05 | 13 | Hyperthyreose [Thyreotoxikose] |
| 17 | A09 | 12 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs |
| 18 | K60 | 12 | Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion |
| 19 | L05 | 12 | Pilonidalzyste |
| 20 | E11 | 11 | Diabetes mellitus, Typ 2 |

B-2.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-2.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|--|
| 1 | 5-511 | 263 | Cholezystektomie |
| 2 | 5-932 | 227 | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung |
| 3 | 9-984 | 222 | Pflegebedürftigkeit |
| 4 | 5-916 | 147 | Temporäre Weichteildeckung |
| 5 | 5-530 | 129 | Verschluss einer Hernia inguinalis |

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|--|
| 6 | 5-469 | 115 | Andere Operationen am Darm |
| 7 | 5-541 | 111 | Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums |
| 8 | 5-069 | 96 | Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen |
| 9 | 5-470 | 95 | Appendektomie |
| 10 | 5-455 | 72 | Partielle Resektion des Dickdarmes |
| 11 | 5-534 | 72 | Verschluss einer Hernia umbilicalis |
| 12 | 5-98c | 69 | Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme |
| 13 | 8-190 | 63 | Spezielle Verbandstechniken |
| 14 | 5-063 | 58 | Thyreoidektomie |
| 15 | 1-654 | 45 | Diagnostische Rektoskopie |
| 16 | 5-454 | 36 | Resektion des Dünndarmes |
| 17 | 5-490 | 33 | Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion |
| 18 | 5-471 | 32 | Simultane Appendektomie |
| 19 | 5-484 | 30 | Rektumresektion unter Sphinktererhaltung |
| 20 | 5-536 | 30 | Verschluss einer Narbenhernie |
| 21 | 5-061 | 28 | Hemithyreoidektomie |
| 22 | 5-896 | 28 | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut |
| 23 | 8-98g | 24 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern |
| 24 | 5-543 | 23 | Exzision und Destruktion von peritonealem Gewebe |
| 25 | 5-894 | 23 | Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut |
| 26 | 5-407 | 19 | Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation |
| 27 | 5-491 | 19 | Operative Behandlung von Analfisteln |
| 28 | 5-549 | 19 | Andere Bauchoperationen |
| 29 | 1-632 | 18 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie |
| 30 | 5-545 | 18 | Verschluss von Bauchwand und Peritoneum |

B-2.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Zentrale Notfallaufnahme

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

Ermächtigungsambulanz Frau Dr. med. Beuleke

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

| | |
|------------------|---|
| Kommentar | Einmalige Untersuchung unter Berücksichtigung der Vorbefunde zur Indikationsstellung bei Patienten mit endokrinen, onkologischen, proktologischen oder allgemeinchirurgischen Erkrankungen. Einmalige Nachuntersuchung von im Klinikum Großburgwedel operierten Patienten. |
|------------------|---|

Ermächtigungsambulanz Herr Dr. med. Lampe

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

| | |
|------------------|---|
| Kommentar | Einmalige Untersuchung unter Berücksichtigung der Vorbefunde zur Indikationsstellung bei Patienten mit endokrinen, onkologischen, proktologischen oder allgemeinchirurgischen Erkrankungen. Einmalige Nachuntersuchung von im Klinikum Großburgwedel operierten Patienten. |
|------------------|---|

Privatsprechstunde Frau Dr. med. Beuleke

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

Institutsambulanz

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

| | |
|------------------|--------------|
| Kommentar | Portalanlage |
|------------------|--------------|

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|---|
| 1 | 5-399 | 68 | Andere Operationen an Blutgefäßen |
| 2 | 5-530 | 56 | Verschluss einer Hernia inguinalis |
| 3 | 5-534 | 22 | Verschluss einer Hernia umbilicalis |
| 4 | 5-492 | 8 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals |

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

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: 8,12

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 8,12 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 8,12 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 156,40394

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,51

Personal aufgeteilt nach:

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

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

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 281,59645

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

B-2.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 8,61

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 8,61 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 8,61 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 147,5029

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,48

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,48 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,48 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2645,83333

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,41

Personal aufgeteilt nach:

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

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

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 3097,56098

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,24

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,24 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,24 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 566,96429

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-2.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-3 Orthopädie und Unfallchirurgie

B-3.1 Allgemeine Angaben Orthopädie und Unfallchirurgie

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

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

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

behandelt.

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

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

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

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

Das Verfahren wurde in den USA entwickelt, dort sind ca. 260 dieser Systeme im Einsatz, mit denen inzwischen über 65000 Endoprothesen implantiert wurden. In Europa stehen Systeme in der Türkei, in Italien und in Großbritannien, in Deutschland können bisher 8 Kliniken diese neue Technologie nutzen. In Großburgwedel wurde 2014 das zweite System in Deutschland installiert, wir haben daher mittlerweile eine große Expertise auf diesem Gebiet. Bei dem Verfahren handelt es sich um eine interaktive Roboterarmtechnologie, die dem Operateur Eingriffe mit bisher unerreichter Präzision ermöglicht. Vor der OP erfolgt eine CT-Untersuchung, auf deren Grundlage eine OP-Planung erfolgt.

Hierbei wird eine an die individuelle Anatomie des Patienten angepasste Positionierung der Implantate mit einer Genauigkeit von 1 mm erreicht. Im OP werden die bisher erhobenen und geplanten Daten mit der Knochenkontur des Patienten durch speziellen Erfassungstechniken verglichen. Anschließend erfolgt eine Bewegungsprüfung, die die Bandführung und damit Stabilität und Achsenausrichtung des Kniegelenkes über den gesamten Bewegungsbereich erfasst. Die Planung kann darauf nun nochmals individuell feinabgestimmt werden. Nun erst erfolgt das präzise und knochen sparende Fräsen zur passgenauen Aufnahme der Implantate in der geplanten Positionierung mit einem vom Operateur geführten Roboter-Fräsarml. Dieser Roboter-Fräsarml unterstützt interaktiv den Operateur, in dem er eine Abweichung von der OP-Planung verhindert: neben dem Blick auf das OP-Gebiet und einer visuellen Kontrolle in Echtzeit an einem dreidimensionalen Kniemodell auf dem Monitor begrenzt der Roboterarm das Fräsen ausschließlich auf den geplanten Bereich selbst und schaltet sich bei einer Abweichung von der OP-Planung ab. Das Lager für die

Prothese wird damit so präzise gefräst, dass zwischen der eingesetzten Prothese und dem umgebenden Knorpel keinerlei Stufe verbleibt. In erster Linie kommen für dieses innovative Verfahren Patienten einem isolierten Verschleiß des innen-oder außenseitigen Kniegelenkanteiles in Frage. Darüber hinaus kann in den seltenen Fällen eines alleinigen Knorpelschadens hinter der Kniescheibe auch eine besondere Prothese in der oben beschriebenen Technik implantiert werden. Beide Verfahren können auch miteinander kombiniert werden.

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

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

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

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

Bei der Behandlung von Wirbelkörperfrakturen können Patienten mit entsprechender traumatischer Verletzung durch eine innere Fixierung (dorsale Instrumentierung) und bei osteoporotisch bedingten Frakturen durch eine Ballonkyphoplastie (Wirbelkörperaufrichtung und Einbringen

eines Knochenzementes zur Stabilisierung) versorgt werden.

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

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

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

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

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| Fachabteilung | Orthopädie und Unfallchirurgie |
| Fachabteilungsschlüssel | 1600 |
| Art | Hauptabteilung |

Ärztliche Leitung

| Chefärztin oder Chefarzt | |
|--------------------------|---|
| Funktion | Chefarzt |
| Titel, Vorname, Name | Herr Prof. Dr. Reinhard Fremerey |
| Telefon | 05139/801-3272 |
| Fax | 05139/801-5375 |
| E-Mail | reinhard.fremerey@krh.de |
| Straße/Nr | Fuhrbergerstr. 8 |
| PLZ/Ort | 30938 Burgwedel |
| Homepage | https://grossburgwedel.krh.de/kliniken-zentren/orthopaedie-und-unfallchirurgie |

B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

B-3.3 Medizinische Leistungsangebote Orthopädie und Unfallchirurgie

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote Orthopädie und Unfallchirurgie |
|------|---|
| VC66 | Arthroskopische Operationen |
| VC65 | Wirbelsäulenchirurgie |
| VC26 | Metall-/Fremdkörperentfernungen |
| VC27 | Bandrekonstruktionen/Plastiken |
| VC28 | Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik |
| VC30 | Septische Knochenchirurgie |
| VC31 | Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen |
| VC36 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes |
| VC37 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes |
| VC38 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand |
| VC39 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels |
| VC40 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels |
| VC41 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes |
| VC42 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote Orthopädie und Unfallchirurgie |
|------|---|
| VO15 | Fußchirurgie |
| VO16 | Handchirurgie |
| VO19 | Schulterchirurgie |
| VO20 | Sportmedizin/Sporttraumatologie |
| VO14 | Endoprothetik |
| VO21 | Traumatologie |
| VC32 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes |
| VC33 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses |
| VC34 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax |
| VC35 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens |

B-3.5 Fallzahlen Orthopädie und Unfallchirurgie

| Fallzahlen | |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 1259 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-3.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|---|
| 1 | S72 | 252 | Fraktur des Femurs |
| 2 | S06 | 128 | Intrakranielle Verletzung |
| 3 | S52 | 109 | Fraktur des Unterarmes |
| 4 | S82 | 105 | Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes |
| 5 | M17 | 102 | Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes] |
| 6 | S42 | 90 | Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes |
| 7 | S32 | 73 | Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens |
| 8 | M16 | 68 | Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes] |
| 9 | S22 | 48 | Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule |
| 10 | T84 | 37 | Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate |
| 11 | S80 | 21 | Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels |
| 12 | M54 | 16 | Rückenschmerzen |

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|---|
| 13 | S86 | 16 | Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels |
| 14 | S30 | 14 | Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens |
| 15 | M23 | 13 | Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement] |
| 16 | M70 | 11 | Krankheiten des Weichteilgewebes im Zusammenhang mit Beanspruchung, Überbeanspruchung und Druck |
| 17 | S70 | 11 | Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels |
| 18 | M80 | 9 | Osteoporose mit pathologischer Fraktur |
| 19 | S43 | 8 | Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels |
| 20 | S76 | 8 | Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Hüfte und des Oberschenkels |

B-3.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-3.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|--|
| 1 | 9-984 | 479 | Pflegebedürftigkeit |
| 2 | 5-794 | 191 | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens |
| 3 | 5-820 | 179 | Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk |
| 4 | 5-987 | 159 | Anwendung eines OP-Roboters |
| 5 | 5-793 | 156 | Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens |
| 6 | 5-790 | 147 | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese |
| 7 | 5-931 | 133 | Art des verwendeten Knorpelersatz-, Knochenersatz- und Osteosynthesematerials |
| 8 | 5-822 | 104 | Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk |
| 9 | 8-800 | 103 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat |
| 10 | 5-916 | 73 | Temporäre Weichteildeckung |
| 11 | 5-900 | 69 | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut |
| 12 | 5-896 | 68 | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut |

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|--|
| 13 | 5-787 | 59 | Entfernung von Osteosynthesematerial |
| 14 | 8-98g | 39 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern |
| 15 | 8-201 | 37 | Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese |

B-3.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Privatsprechstunde Herr Dr. med. Elsen

Ambulanzart Privatambulanz (AM07)

Ermächtigungsambulanz Herr Dr. med. Elsen

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

Kommentar Untersuchung, Beratung

Ermächtigungsambulanz Herr Helms

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

Kommentar Untersuchung, Beratung

Ermächtigungsambulanz Herr Dr. Seifert

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

Kommentar Untersuchung, Beratung

Ermächtigungsambulanz Herr Frömel

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

Kommentar Untersuchung, Beratung

Zentrale Notfallaufnahme (ZNA)

Ambulanzart Notfallambulanz (24h) (AM08)

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|--|
| 1 | 5-812 | 66 | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken |
| 2 | 5-787 | 52 | Entfernung von Osteosynthesematerial |
| 3 | 5-811 | 11 | Arthroskopische Operation an der Synovialis |

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden Ja

Stationäre BG-Zulassung vorhanden Ja

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: 8,95

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 8,95 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 8,95 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 140,67039

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,31

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 5,31 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 5,31 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 237,09981

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

B-3.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 14,88

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 14,88 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 14,88 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 84,61022

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,66

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1,66 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,66 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 758,43373

Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.

Ausbildungsdauer: 7-8 Semester

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,55

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,55 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,55 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2289,09091

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,52

Personal aufgeteilt nach:

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

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

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2421,15385

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,25

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1,25 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,25 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1007,2

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: 3934,375

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-3.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-4 Urologie

B-4.1 Allgemeine Angaben Urologie

In der urologischen Klinik wurde das Prostatakarzinomzentrum erstmals im März 2011 nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert. Im Jahr 2018

wurde das QM- System die Urologische Klinik nach DIN EN ISO 9011:2008 zertifiziert. In 2018 erfolge die Umstellung auf DIN EN ISO 9011:2015. Im Jahr 2020 wurde die Klinik von der DKG als Uroonkologisches Zentrum erstmals zertifiziert. Die Zertifizierung gilt für die Tumore der Prostata, der Nieren und für Blasenkarzinome.

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

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

Die Diagnostik von Harnblasenfunktionsstörungen wird mit einem urodynamischen Messplatz durchgeführt, der auch die Möglichkeit zur Videourodynamik bietet.

Die urologische Klinik nutzt für die offen-operativen und die laparoskopischen (minimalinvasiven) Eingriffe die Räume des Zentral-OPs. Eine eventuell notwendige weitergehende Behandlung von nicht-urologischen Erkrankungen erfolgt konsiliarisch durch die anderen Fachabteilungen des Hauses.

Zusätzlich stehen eine physiotherapeutische Abteilung und der Sozialdienst mit psychoonkologischer Beratung zur Verfügung.

BEHANDLUNGSSCHWERPUNKTE

Bösartige Tumore

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

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

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

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

Bei einem lokal begrenzten Prostatakarzinom bieten wir die Radikaloperation der Prostata an. Diese kann, je nach Tumorstadium, zum besseren Erhalt der Kontinenz und Potenz führen. Für alternative Behandlungsformen, wie externe Bestrahlung oder Brachytherapie, führen wir die Therapievorbereitungen durch und veranlassen auf Wunsch die Weiterbehandlung durch kompetente Kooperationspartner. In ausgewählten Fällen kann eine fokale Therapie unter Belassung der Prostata durch die Verwendung von hochfokussiertem Ultraschall durchgeführt

werden. Das Verfahren ist sehr schonend und birgt im Vergleich zu den anderen Behandlungsoptionen kaum die Gefahr der Harninkontinenz.

Kleinere Nierentumore werden heutzutage überwiegend unter Erhalt der Niere operiert. Diese Operation bieten wir sowohl offen operativ als auch in der sogenannten „Schlüssellochtechnik“ an, dies gilt auch für die eventuell notwendige Entfernung der gesamten Niere. Wir verwenden hierfür die 3D- Technik.

Weitere typische urologische Tumore die einer operativen Behandlung bedürfen sind der Hodenkrebs und das Peniskarzinom. Bei Tumorerkrankungen kann eine Chemotherapie notwendig werden, die wir stationär einleiten. Bei fortgeschrittenen Tumorstadien erfolgt in Zusammenarbeit mit der schmerztherapeutischen Abteilung eine palliativmedizinische Versorgung.

Gutartige Vergrößerung der Prostata

Eine gutartige Prostatavergrößerung (BPH) wird bei entsprechenden Beschwerden zunächst konservativ medikamentös behandelt. Bei anhaltenden Beschwerden kann eine operative Entfernung des Drüsengewebes sinnvoll sein. Der „Goldstandard“ ist hier die sogenannte „Hoblung der Prostata“ (transurethrale Resektion, TUR), alternativ kann in besonderen Fällen eine Laserbehandlung (Greenlightlaser) durchgeführt werden. Wenn die Prostata sehr groß ist, muss ggf. eine Entfernung über einen Unterbauchschnitt erfolgen. Als neues schonendes Verfahren bieten wir auch bei großen Prostatavergrößerungen eine Operation in Schlüssellochtechnik an. Als neues Verfahren wurde ein robotisches OP-Verfahren bei der Behandlung eingeführt, das sogenannte AquaBeam-Verfahren. Bei dieser Technik wird das Gewebe durch einen Wasserstrahl abgetragen. Das robotische Verfahren ermöglicht in ausgewählten Fällen eine Behandlung mit Erhalt der Ejakulation. Der Erhalt der Harnkontinenz ist durch das spezielle Planungsverfahren ebenfalls sichergestellt.

Steinerkrankungen

Geeignete Nierensteine können ohne Endoskopie mit einer Stoßwellentherapie (ESWL) behandelt werden. Die Therapie größerer Steine erfolgt die flexible Harnleiter- und Nierenspiegelung über die Harnröhre (Ureterorenoskopie, URS), ggf. mit Laserbehandlung. Sehr große Steine lassen sich mit einer Nierenspiegelung über die Haut entfernen (perkutane Nephrolitholapaxie, PCNL). Harnleiter- und Harnblasensteine werden ebenfalls zumeist endoskopisch über die Harnröhre operiert. In sehr seltenen Fällen kommt auch eine Steinentfernung in Betracht.

Inkontinenztherapie

Vor der Therapie einer Harninkontinenz ist eine genaue Diagnosestellung wichtig. Im Rahmen einer ambulanten Vorstellung in der Kontinenzsprechstunde werden die notwendigen Untersuchungen (z. B. Urodynamik) durchgeführt. Im Rahmen des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums Großburgwedel/Lehrte, arbeiten verschiedene Fachexperten aus unterschiedlichen Fachdisziplinen (Urologie, Gynäkologie, Chirurgie) zusammen. Die betroffenen Patienten profitieren durch diese Zusammenarbeit.

Es finden regelmäßige gemeinsame Konferenzen statt in denen besondere Fälle besprochen werden. Wenn eine medikamentöse oder krankengymnastische Behandlung nicht ausreichend ist, führen wir bei Männern und Frauen Bandoperationen (TVT, TOT, Atoms-Band), Unterfütterung des Schließmuskels oder Botox- Therapien der Harnblase durch.

Bei besonders ausgeprägter Belastungsinkontinenz besteht die Möglichkeit einen künstlichen Schließmuskel zu erhalten. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit in besonderen Fällen einen Blasenschrittmacher einzusetzen.

Ambulante Operationen

Viele Eingriffe müssen nicht mehr stationär durchgeführt werden. Die häufigsten ambulanten Operationen sind Neueinlage, Wechsel von Harnleiterschienen, Vorhautumschneidungen, Anlage von Dauerkathetern durch die Bauchdecke, Schlitzung einer Harnröhrenenge, die Behandlung einer Varikozele (Krampfader des Hodens) oder die freiwillige Sterilisation des Mannes.

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

Ärztliche Leitung

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

B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

B-4.3 Medizinische Leistungsangebote Urologie

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote Urologie | Kommentar |
|------|---|-----------|
| VU01 | Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten | |
| VU02 | Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz | |
| VU03 | Diagnostik und Therapie von Urolithiasis | |
| VU04 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters | |
| VU05 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems | |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote Urologie | Kommentar |
|------|---|---|
| VU06 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane | - Verödung von Krampfadern im Hodensack - Behandlung von Flüssigkeitsansammlung am Nebenhoden - Hodentumorchirurgie |
| VU07 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems | |
| VU10 | Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase | |
| VU11 | Minimalinvasive laparoskopische Operationen | |
| VU12 | Minimalinvasive endoskopische Operationen | |
| VU13 | Tumorchirurgie | |
| VU14 | Spezialsprechstunde | |
| VU17 | Prostatazentrum | |
| VU18 | Schmerztherapie | im Rahmen der postoperativen Akutschmerzbehandlung |
| VU19 | Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik | - Inkontinenzdiagnostik mit urodynamischem Messplatz und endoskopischer Diagnostik, Ultraschalldiagnostik, Doppler- und Duplexsonographie - Diagnostik und Therapie der erektilen Dysfunktion (Potenzprobleme) |
| VG16 | Urogynäkologie | |
| VU00 | Transurethrale endoskopische Operationen (Operationen durch die Harnröhre und Harnleiter) | |
| VU00 | Inkontinenzoperationen (Operationen zur Beseitigung unwillkürlichen Harnverlustes) | |
| VU00 | Resektion von gutartigen Prostatavergrößerungen | |
| VU00 | 3d-HD-Laparoskopie | |
| VU00 | Fokale Therapie (HIFU) | |
| VU00 | MRT/Sonofusionsbiopsie | |

B-4.5 Fallzahlen Urologie

| Fallzahlen | |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 2415 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-4.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|--|
| 1 | N13 | 420 | Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie |
| 2 | C67 | 271 | Bösartige Neubildung der Harnblase |
| 3 | C61 | 247 | Bösartige Neubildung der Prostata |
| 4 | N20 | 228 | Nieren- und Ureterstein |
| 5 | N39 | 208 | Sonstige Krankheiten des Harnsystems |
| 6 | N40 | 182 | Prostatahyperplasie |
| 7 | N30 | 88 | Zystitis |
| 8 | R31 | 63 | Nicht näher bezeichnete Hämaturie |
| 9 | N41 | 54 | Entzündliche Krankheiten der Prostata |
| 10 | N43 | 54 | Hydrozele und Spermatozele |
| 11 | C64 | 42 | Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken |
| 12 | N10 | 38 | Akute tubulointerstitielle Nephritis |
| 13 | N32 | 35 | Sonstige Krankheiten der Harnblase |
| 14 | N45 | 34 | Orchitis und Epididymitis |
| 15 | A41 | 32 | Sonstige Sepsis |
| 16 | N42 | 29 | Sonstige Krankheiten der Prostata |
| 17 | N49 | 23 | Entzündliche Krankheiten der männlichen Genitalorgane, anderenorts nicht klassifiziert |
| 18 | R33 | 23 | Harnverhaltung |
| 19 | N44 | 20 | Hodentorsion und Hydatidentorsion |
| 20 | S37 | 20 | Verletzung der Harnorgane und der Beckenorgane |

B-4.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-4.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|--|
| 1 | 8-137 | 1018 | Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter] |
| 2 | 3-13d | 724 | Urographie |
| 3 | 8-132 | 721 | Manipulationen an der Harnblase |
| 4 | 5-98k | 535 | Art des Zystoskops |
| 5 | 9-984 | 534 | Pflegebedürftigkeit |
| 6 | 5-573 | 332 | Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase |
| 7 | 1-999 | 318 | Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen |
| 8 | 1-661 | 236 | Diagnostische Urethrozystoskopie |
| 9 | 5-601 | 233 | Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe |
| 10 | 5-550 | 216 | Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung |
| 11 | 5-572 | 216 | Zystostomie |
| 12 | 8-133 | 192 | Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters |
| 13 | 1-465 | 137 | Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Genitalorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren |
| 14 | 5-562 | 136 | Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung |
| 15 | 3-05c | 130 | Endosonographie der männlichen Genitalorgane |
| 16 | 3-13f | 130 | Zystographie |
| 17 | 5-570 | 123 | Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase |
| 18 | 5-985 | 115 | Lasertechnik |
| 19 | 8-541 | 114 | Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren |
| 20 | 5-98b | 111 | Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops |
| 21 | 8-800 | 91 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat |
| 22 | 5-916 | 74 | Temporäre Weichteildeckung |
| 23 | 8-138 | 73 | Wechsel und Entfernung eines Nephrostomiekatheters |
| 24 | 1-665 | 62 | Diagnostische Ureterorenoskopie |
| 25 | 5-579 | 54 | Andere Operationen an der Harnblase |

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|--|
| 26 | 5-604 | 46 | Radikale Prostatovesikulektomie |
| 27 | 1-460 | 41 | Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata |
| 28 | 5-611 | 39 | Operation einer Hydrocele testis |
| 29 | 6-003 | 35 | Applikation von Medikamenten, Liste 3 |
| 30 | 5-553 | 34 | Partielle Resektion der Niere |

B-4.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Zentrale Notfallaufnahme (ZNA)

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

Privatsprechstunde Herr Dr. med. Stein

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

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|--|
| 1 | 8-137 | 191 | Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter] |
| 2 | 1-661 | 23 | Diagnostische Urethrozystoskopie |
| 3 | 5-640 | 14 | Operationen am Präputium |
| 4 | 5-572 | 6 | Zystostomie |
| 5 | 5-581 | < 4 | Plastische Meatotomie der Urethra |

B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

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

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

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: 12,43

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 12,43 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 12,43 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 194,28801

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,3

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 5,3 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 5,3 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 455,66038

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

B-4.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 20,17

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 20,17 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 20,17 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 119,73228

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,76

Personal aufgeteilt nach:

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

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

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 3177,63158

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,36

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1,36 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,36 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1775,73529

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten 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: 2415

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 4,47

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 4,47 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 4,47 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 540,26846

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

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

B-4.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-5 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-5.1 Allgemeine Angaben Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe:

- Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse für Frauen und Männern. Es werden brusterhaltende und ablative Operationen durchgeführt. Stanzbiopsien,

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

Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse

Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse

Kosmetische/plastische Mammachirurgie

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

Gynäkologische minimal invasive Chirurgie

Inkontinenzchirurgie

Laparoskopische Kolpopexie

Laparoskopische Pectopexie

Lateral repair

Burch

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

Inkontinenzsprechstunde

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

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

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

Geburtshilfliche Operationen

Alle klassischen gynäkologischen Operationen: zum Beispiel: Konisation, vaginale und laparoskopisch assistierte Gebärmutterentfernung (TLH), Laparoskopische supracervikale Hysterektomie (LASH), Entfernung von gutartigen Eierstocktumoren, Operation von Eierstockabszessen, ausgedehnte Verwachsungslösungen

Diagnostik und Therapie von nicht entzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes

Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane

Ambulante Operationen nach § 115 b SGBV:

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

Vorgeburtliche Angebote:

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

Geburtshilfe-Angebote im Kreißaal:

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

Neugeborene:

- Stilltraining, Laktationsberatung, Anleitung zur Neugeborenen-Pflege; Fototherapie bei Neugeborenen-Gelbsucht im flexiblen Kinderbett auf Station; Hörscreening, Hüftsonographie des Neugeborenen; Sonographie der Bauchorgane, des Herzens, des Kopfes bei Neugeborenen; Monitor- und Inkubator-Überwachung bei kleinen und anpassungsgestörten Kindern; Kinderarzt an 5 Tagen in der Woche

Wochenbett:

- 24-Std. Rooming-in auf Wunsch; Familienzimmer; Rückbildungsgymnastik

Geburtshilfliche Kurse im Haus durch eigene Hebammen und Kinderkrankenschwestern:

- Stillkurs; Babycafé; Geschwisterkurs; Babymassage

Unser besonderer Service:

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

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|--|----------------------------------|
| Fachabteilung | Frauenheilkunde und Geburtshilfe |
| Fachabteilungsschlüssel | 2400 |
| Art | Hauptabteilung |

Ärztliche Leitung

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

B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

B-5.3 Medizinische Leistungsangebote Frauenheilkunde und Geburtshilfe

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote Frauenheilkunde und Geburtshilfe | Kommentar |
|------|---|---|
| VG01 | Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse | Trifft für Frauen und Männer zu. Brusterhaltend oder ablativ. Leistungen im Brustzentrum: Stanzbiopsien, präoperative Nadelmarkierungen bei Mikrokalk, Sentinellymphnote (SLN= Wächterlymphknoten-OP) Brustrekonstruktionen (TRAM-Flap, Latissimus dorsi Schwenklappen) |
| VG02 | Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse | |
| VG03 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse | |
| VG04 | Kosmetische/Plastische Mammachirurgie | |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote Frauenheilkunde und Geburtshilfe | Kommentar |
|------|--|---|
| VG06 | Gynäkologische Chirurgie | |
| VG07 | Inkontinenzchirurgie | |
| VG08 | Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren | |
| VG11 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes | |
| VG12 | Geburtshilfliche Operationen | |
| VG13 | Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane | |
| VG14 | Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes | |
| VG15 | Spezialsprechstunde | Brustsprechstunde Kontinenz- und Beckenbodensprechstunde |
| VG16 | Urogynäkologie | |
| VG19 | Ambulante Entbindung | |
| VG05 | Endoskopische Operationen | |
| VG00 | Diagnostik und Therapie auf dem Gebiet der Gynäkologie und Geburtshilfe | |
| VG00 | Urodynamische Diagnostik und Therapie auf dem Gebiet der Frauenheilkunde | |
| VG00 | Zystoskopie | |
| VC55 | Minimalinvasive laparoskopische Operationen | MIC III |
| VG00 | Alle klassischen gynäkologischen Operationen | |

B-5.5 Fallzahlen Frauenheilkunde und Geburtshilfe

| Fallzahlen | |
|--------------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 1503 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-5.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|------------------------------------|
| 1 | Z38 | 356 | Lebendgeborene nach dem Geburtsort |
| 2 | N81 | 113 | Genitalprolaps bei der Frau |
| 3 | O80 | 87 | Spontangeburt eines Einlings |

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|---|
| 4 | O34 | 60 | Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane |
| 5 | O42 | 51 | Vorzeitiger Blasensprung |
| 6 | D25 | 50 | Leiomyom des Uterus |
| 7 | O68 | 47 | Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand] |
| 8 | O70 | 46 | Dammriss unter der Geburt |
| 9 | C50 | 40 | Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] |
| 10 | N39 | 38 | Sonstige Krankheiten des Harnsystems |
| 11 | N83 | 36 | Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri |
| 12 | O48 | 33 | Übertragene Schwangerschaft |
| 13 | N99 | 28 | Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert |
| 14 | O21 | 24 | Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft |
| 15 | P08 | 24 | Störungen im Zusammenhang mit langer Schwangerschaftsdauer und hohem Geburtsgewicht |
| 16 | C54 | 23 | Bösartige Neubildung des Corpus uteri |
| 17 | O99 | 20 | Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren |
| 18 | N76 | 19 | Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva |
| 19 | C56 | 15 | Bösartige Neubildung des Ovars |
| 20 | D27 | 14 | Gutartige Neubildung des Ovars |
| 21 | N80 | 14 | Endometriose |
| 22 | O32 | 14 | Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Lage- und Einstellungsanomalie des Fetus |
| 23 | O20 | 12 | Blutung in der Frühschwangerschaft |
| 24 | N70 | 11 | Salpingitis und Oophoritis |
| 25 | O36 | 10 | Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim Fetus |
| 26 | O47 | 9 | Frustrane Kontraktionen [Unnütze Wehen] |
| 27 | O63 | 9 | Protrahierte Geburt |
| 28 | O71 | 9 | Sonstige Verletzungen unter der Geburt |
| 29 | N61 | 8 | Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse] |
| 30 | N92 | 8 | Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation |

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|---|
| 31 | O26 | 8 | Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind |
| 32 | O69 | 8 | Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurkomplikationen |
| 33 | P05 | 8 | Intrauterine Mangelentwicklung und fetale Mangelernährung |
| 34 | R10 | 8 | Bauch- und Beckenschmerzen |
| 35 | N84 | 7 | Polyp des weiblichen Genitaltraktes |
| 36 | O00 | 7 | Extrauterin gravidität |
| 37 | O14 | 7 | Präeklampsie |
| 38 | O64 | 7 | Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien des Fetus |
| 39 | O82 | 7 | Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea] |
| 40 | T81 | 7 | Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert |

B-5.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-5.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|---|
| 1 | 9-262 | 385 | Postnatale Versorgung des Neugeborenen |
| 2 | 5-704 | 317 | Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik |
| 3 | 5-758 | 158 | Rekonstruktion weiblicher Genitalorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss] |
| 4 | 5-932 | 150 | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung |
| 5 | 9-261 | 141 | Überwachung und Leitung einer Risikogeburt |
| 6 | 5-749 | 135 | Andere Sectio caesarea |
| 7 | 9-260 | 120 | Überwachung und Leitung einer normalen Geburt |
| 8 | 5-683 | 111 | Uterusexstirpation [Hysterektomie] |
| 9 | 5-730 | 73 | Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie] |
| 10 | 5-740 | 68 | Klassische Sectio caesarea |
| 11 | 9-984 | 62 | Pflegebedürftigkeit |
| 12 | 5-469 | 61 | Andere Operationen am Darm |
| 13 | 5-657 | 52 | Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung |

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|--|
| 14 | 5-682 | 51 | Subtotale Uterusexstirpation |
| 15 | 5-738 | 49 | Episiotomie und Naht |
| 16 | 5-651 | 47 | Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe |
| 17 | 5-661 | 45 | Salpingektomie |
| 18 | 5-593 | 36 | Transvaginale Suspensionsoperation [Zügeloperation] |
| 19 | 5-870 | 32 | Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe |
| 20 | 8-800 | 30 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat |

B-5.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Gynäkologische Sprechstunde und Brustsprechstunde

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

Privatsprechstunde Dr. Alemi ab 01.01.2018

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

Zentrale Notfallaufnahme (ZNA)

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

Inkontinenzsprechstunde Frau Semmerling

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

B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|--|
| 1 | 1-672 | 173 | Diagnostische Hysteroskopie |
| 2 | 1-471 | 164 | Biopsie ohne Inzision am Endometrium |
| 3 | 5-690 | 116 | Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri] |

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|---|
| 4 | 5-651 | 27 | Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe |
| 5 | 1-694 | 21 | Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie) |
| 6 | 5-711 | 16 | Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste) |
| 7 | 5-691 | 13 | Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers |

B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

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: 8,52

Personal aufgeteilt nach:

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

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

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 176,40845

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,44

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 5,44 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 5,44 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 276,28676

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

B-5.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 9,93

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 9,93 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 9,93 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 151,35952

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,65

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,65 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,65 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 567,16981

Altenpflegerinnen und Altenpfleger 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: 1503

Entbindungspfleger und Hebammen in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 7,04

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 7,04 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 7,04 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 213,49432

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,73

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1,73 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,73 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 868,78613

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

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

B-5.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-6 Anästhesie, Intensivmedizin und Notfallmedizin

B-6.1 Allgemeine Angaben Anästhesie, Intensivmedizin und Notfallmedizin

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

ANÄSTHESIOLOGIE:

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

NOTFALLMEDIZIN

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

INTERDISZIPLINÄRE INTENSIVMEDIZIN:

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

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

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--------------------------------|--|
| Fachabteilung | Anästhesie, Intensivmedizin und Notfallmedizin |
| Fachabteilungsschlüssel | 3600 |
| Art | Hauptabteilung |

Ärztliche Leitung

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

B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

B-6.3 Medizinische Leistungsangebote Anästhesie, Intensivmedizin und Notfallmedizin

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote Anästhesie, Intensivmedizin und Notfallmedizin |
|------|--|
| VX00 | Intubationsnarkosen |
| VX00 | invasives und nicht-invasives Monitoring aller Vitalfunktionen (incl. PiCCO-Messungen) |
| VX00 | Beatmung |
| VX00 | Regionalanästhesien |
| VX00 | „Schmerzkatheter“ sowie Pumpen zur patientenkontrollierten Schmerztherapie (PCA) |
| VX00 | thorakaler Periduralkatheter |
| VX00 | am Haus stationierte Notarzteinsatzfahrzeug (NEF) |
| VX00 | temporäre Nierenersatzverfahren (CVVH) |
| VX00 | vorübergehende Herzschrittmacher |
| VX00 | Chirurgische Intensivmedizin |
| VX00 | Internistische Intensivmedizin |
| VX00 | Akutschmerzmanagement |
| VX00 | Airwaymanagement |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote Anästhesie, Intensivmedizin und Notfallmedizin |
|------|---|
| VX00 | Schmerztherapie in der Geburtshilfe |
| VX00 | Prämedikation |
| VX00 | Entwöhnung von künstlicher Beatmung |
| VX00 | Plexusanalgesie (Plexus zervikalis, brachialis, axillaris, lumbalis, lumbosakralis), Spinal- oder Periduralanalgesie (auch kaudal), einzeitig oder mittels Katheter |
| VX00 | Analgetikertherapie |
| VX00 | Anästhesie |

B-6.5 Fallzahlen Anästhesie, Intensivmedizin und Notfallmedizin

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

B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-6.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|---|
| 1 | 8-930 | 1309 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes |
| 2 | 8-831 | 539 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße |
| 3 | 8-800 | 421 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat |
| 4 | 8-980 | 270 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) |
| 5 | 8-910 | 214 | Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie |
| 6 | 8-701 | 120 | Einfache endotracheale Intubation |
| 7 | 8-706 | 112 | Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung |
| 8 | 8-919 | 105 | Komplexe Akutschmerzbehandlung |
| 9 | 8-713 | 78 | Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen |
| 10 | 1-620 | 72 | Diagnostische Tracheobronchoskopie |
| 11 | 8-718 | 51 | Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung |

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|---|
| 12 | 8-855 | 26 | Hämodiafiltration |
| 13 | 8-812 | 25 | Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen |
| 14 | 8-932 | 25 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes |
| 15 | 8-832 | 22 | Legen und Wechsel eines Katheters in die A. pulmonalis |
| 16 | 8-771 | 20 | Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation |
| 17 | 8-144 | 15 | Therapeutische Drainage der Pleurahöhle |
| 18 | 8-390 | 10 | Lagerungsbehandlung |
| 19 | 8-779 | 10 | Andere Reanimationsmaßnahmen |
| 20 | 8-810 | 9 | Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen |

B-6.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

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: 13,99

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 13,99 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 13,99 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 10,3

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 10,3 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 10,3 | |
| 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 |

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: 52,7

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 52,7 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 52,7 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 6,46

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 6,46 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 6,46 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

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

B-6.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-7 Radiologie

B-7.1 Allgemeine Angaben Radiologie

Die Entdeckung der Röntgenstrahlen 1895 durch Conrad Wilhelm Röntgen gilt als die Geburtsstunde der Radiologie. Der Blick in das Innere des menschlichen Körpers mittels Röntgenstrahlen verhalf seinerzeit zu noch nie dagewesenen Möglichkeiten und gilt als wegweisender Meilenstein in der Medizin. Seitdem stellt die bildgebende Diagnostik sowie die radiologisch interventionelle Therapie von Erkrankungen in der Zusammenarbeit

unterschiedlicher medizinischer Fachdisziplinen einen zentralen Baustein dar. Die moderne Radiologie ist in der heutigen Medizin nicht mehr weg zu denken. Mit der Gründung des Instituts für Radiologie zum 01.01.2022 hat sich im Klinikum Region Hannover GmbH ein Netzwerk aus radiologischen Fachabteilungen mit ihren Spezialisten zusammengetan, um die gesamte fachliche Expertise aller Standorte optimal ausschöpfen zu können. Durch den Einsatz modernster Geräteausstattungen bieten wir Ihnen an unseren Instituts-Standorten unsere Dienstleistungen optimal nach neuesten Stand von Wissenschaft und Technik an. Wir sind im Institut für Radiologie komplett digitalisiert und verfügen neben der konventionellen Röntgendiagnostik über ein breites Spektrum von bildgebenden Verfahren. Neben der Mammographie werden mit Hilfe der Computer-Tomographie (CT) und Magnetresonanztomographie (MRT) hochauflösende Bilder des Körperinneren gewonnen, die nicht nur für diagnostische Zwecke, sondern insbesondere auch für minimal-invasive Eingriffe in nahezu allen Körperregionen eingesetzt werden. So ist es möglich, schonende und vor allem zielgerichtete und punktgenaue Behandlungsmöglichkeiten bei Ihnen durchzuführen. Die minimal-invasiven Interventionen finden nicht nur im Gefäßsystem, sondern auch in der Tumorthherapie, sowohl bei gutartigen, aber auch bösartigen Veränderungen eine breite Anwendung. In der Gefäßbehandlung werden mittels digitaler Subtraktionsangiographie (DSA) unter Verwendung von Kontrastmittel oder Kohlendioxid Gefäße dargestellt und je nach Behandlungsindikation eröffnet oder verschlossen (z.B. bei Blutung). Gefäß-eröffnende Verfahren finden sich bei Durchblutungsstörungen im Bauch-, Becken- und Beinbereich, aber auch im Bereich der Hals- und Hirnschlagader. Ein wichtiger Schwerpunkt der interventionellen Radiologie des Instituts liegt auch in der minimal-invasiven Versorgung von Aussackungen der Bauch- und der Brustschlagader mittels mit Kunststoff ummantelter Gefäßprothesen, die überwiegend perkutan, d.h. durch Gefäßpunktion durch die Haut minimal-invasiv im Körper platziert werden und für eine Ausschaltung des Aneurysmas von der Durchblutung sorgen. Darüber hinaus gehört die Durchführung von Sonografien (Ultraschall), Durchleuchtungsuntersuchungen und die Mammographie zu den Schwerpunkten unserer Arbeit. Hier erfolgt eine enge Zusammenarbeit auch mit den unterschiedlichen medizinischen Fachrichtungen. Neben der diagnostischen Mammographie erfolgt aber auch eine minimal-invasive Abklärungsdiagnostik mittels Tomosynthese und Tomosynthese-gestützter Vakuum-Biopsie. Bei der Abklärungsdiagnostik mittels Vakuum-Biopsie wird unter lokaler Betäubung der verdächtige Bereich abgesaugt und einer feingeweblichen Untersuchung unterzogen. Als weitere Kompetenz bedienen wir als Institut das Aufgabengebiet der Neuroradiologie, welches die Diagnostik und Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems umfasst. Die digitale Vernetzung innerhalb unserer Organisationsstruktur garantiert Ihnen eine Verfügbarkeit des Leistungsspektrums Radiologie an 365 Tagen und lässt eine Befundung durch den jeweiligen Spezialisten in Echtzeit zu. Unser Netzwerk aus Expertise sichert und optimiert stetig die Versorgungsqualität für unsere Patienten – für Sie. Gemeinsam verfolgen wir das Ziel die bestmöglichen Ergebnisse für jeden einzelnen Patienten zu erreichen. Die Zufriedenheit von Ihnen als unser Patient steht dabei im Mittelpunkt jeden Handelns und stellt für uns das Aushängeschild unserer Arbeit dar. Die Dienstleistungen des Instituts für Radiologie werden in 8 Standorten des KRH Verbundes angeboten. Nachfolgend ein Überblick über das medizinische Leistungsangebot unseres Standortes im Jahr 2022:

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

Ärztliche Leitung

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

B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

B-7.3 Medizinische Leistungsangebote Radiologie

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

B-7.5 Fallzahlen Radiologie

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

B-7.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-7.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-7.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|--|
| 1 | 3-200 | 953 | Native Computertomographie des Schädels |
| 2 | 3-225 | 777 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel |
| 3 | 3-207 | 623 | Native Computertomographie des Abdomens |
| 4 | 3-222 | 424 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel |
| 5 | 3-205 | 342 | Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems |
| 6 | 3-990 | 315 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung |
| 7 | 3-203 | 212 | Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark |
| 8 | 3-202 | 123 | Native Computertomographie des Thorax |
| 9 | 3-997 | 115 | Computertechnische Bildfusion verschiedener bildgebender Modalitäten |
| 10 | 3-22x | 81 | Andere Computertomographie mit Kontrastmittel |

B-7.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

B-7.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-7.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-7.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

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: 1,39

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1,39 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,39 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 1,39

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1,39 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,39 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

B-7.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und 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: 0,85

Personal aufgeteilt nach:

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

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

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-7.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / 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-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate | Dokumentierte Datensätze | Kommentar |
|--|----------|--------------------|--------------------------|--|
| Herzschrittmacher-Implantation (09/1) | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2) | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3) | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4) | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5) | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/ Explantation (09/6) | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Karotis-Revaskularisation (10/2) | < 4 | < 4 | < 4 | |
| Gynäkologische Operationen (15/1) | 174 | 100,00 % | 174 | |

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate | Dokumentierte Datensätze | Kommentar |
|--|----------|--------------------|--------------------------|--|
| Geburtshilfe (16/1) | 436 | 100,00 % | 435 | |
| Hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1) | 92 | 100,00 % | 92 | |
| Mammachirurgie (18/1) | 38 | 100,00 % | 38 | |
| Dekubitusprophylaxe (DEK) | 266 | 100,75 % | 268 | |
| Herzchirurgie (HCH) | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Offenchirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR) | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH) | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen (HCH_KC) | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_CHIR) | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_KATH) | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Hüftendoprothesenversorgung (HEP) | 185 | 100,00 % | 185 | |
| Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP) | 181 | 100,00 % | 181 | |

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate | Dokumentierte Datensätze | Kommentar |
|---|----------|--------------------|--------------------------|--|
| Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE) | 5 | 100,00 % | 5 | |
| Herztransplantationen und Herzunterstützungssysteme (HTXM) | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU) | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Herztransplantation (HTXM_TX) | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Knieendoprothesenversorgung (KEP) | 108 | 100,00 % | 108 | |
| Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP) | 102 | 100,00 % | 102 | |
| Zählleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE) | 6 | 100,00 % | 6 | |
| Leberlebendspende (LLS) | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Lebertransplantation (LTX) | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate | Dokumentierte Datensätze | Kommentar |
|---|----------|--------------------|--------------------------|--|
| Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX) | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Neonatologie (NEO) | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Nierenlebendspende (NLS) | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) (PCI_LKG) | 33 | 100,00 % | 33 | |
| Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU) | 266 | 100,00 % | 266 | |
| Nieren- und Pankreas-(Nieren-) transplantation (PNTX) | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

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

C-1.2.[1] A.I Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch das Stellungnahmeverfahren bedürfen oder für die eine Bewertung des Stellungnahmeverfahrens bereits vorliegt

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen |
| Ergebnis-ID | 2005 |
| Grundgesamtheit | 266 |
| Beobachtete Ereignisse | 265 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 99,62% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,98 - 99,06% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 97,90 - 99,93% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |
| Bezeichnung der Kennzahl | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (ohne COVID-19-Fälle) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt |
| Ergebnis-ID | 232000_2005 |
| Grundgesamtheit | 210 |
| Beobachtete Ereignisse | 209 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 99,52% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,84 - 98,94% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 97,35 - 99,92% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Bezeichnung der Kennzahl | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden) |
| Ergebnis-ID | 2006 |
| Grundgesamtheit | 246 |
| Beobachtete Ereignisse | 245 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 99,59% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 99,02 - 99,09% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 97,73 - 99,93% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |
| Bezeichnung der Kennzahl | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt |
| Ergebnis-ID | 232001_2006 |
| Grundgesamtheit | 198 |
| Beobachtete Ereignisse | 197 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 99,49% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |

| | |
|--|----------------|
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,88 - 98,98% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 97,20 - 99,91% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |

| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
|--|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden) |
| Ergebnis-ID | 2007 |
| Grundgesamtheit | 20 |
| Beobachtete Ereignisse | 20 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 97,91 - 98,41% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 83,89 - 100,00% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |
| Bezeichnung der Kennzahl | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt |
| Ergebnis-ID | 232002_2007 |
| Grundgesamtheit | 12 |
| Beobachtete Ereignisse | 12 |
| Erwartete Ereignisse | |

| | |
|--|-----------------|
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 97,54 - 98,24% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 75,75 - 100,00% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt |
| Ergebnis-ID | 2009 |
| Grundgesamtheit | 175 |
| Beobachtete Ereignisse | 146 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 83,43% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 92,95 - 93,21% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 77,21 - 88,21% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | U63 - Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme) |
| Bezeichnung der Kennzahl | Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme (inkl. COVID-19-Fälle) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden) |
| Ergebnis-ID | 232003_2009 |
| Grundgesamtheit | 191 |

| | |
|--|----------------|
| Beobachtete Ereignisse | 160 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 83,77% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 92,52 - 92,78% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 77,88 - 88,32% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Frühmobilisation nach Aufnahme |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin / der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen |
| Ergebnis-ID | 2013 |
| Grundgesamtheit | 125 |
| Beobachtete Ereignisse | 111 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 88,80% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 92,65 - 92,93% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 82,08 - 93,21% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | U62 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle |
| Bezeichnung der Kennzahl | Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin /der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt |
| Ergebnis-ID | 232004_2013 |
| Grundgesamtheit | 108 |
| Beobachtete Ereignisse | 96 |
| Erwartete Ereignisse | |

| | |
|--|----------------|
| Ergebnis (Einheit) | 88,89% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 92,97 - 93,31% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 81,58 - 93,53% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |

| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt wird, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist |
| Ergebnis-ID | 2028 |
| Grundgesamtheit | 169 |
| Beobachtete Ereignisse | 167 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 98,82% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 95,84 - 96,02% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 95,79 - 99,67% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |
| Bezeichnung der Kennzahl | Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt wird, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt |
| Ergebnis-ID | 232005_2028 |
| Grundgesamtheit | 140 |
| Beobachtete Ereignisse | 138 |

| | |
|--|----------------|
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 98,57% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 95,28 - 95,51% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 94,94 - 99,61% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |

| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
|--|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren |
| Ergebnis-ID | 2036 |
| Grundgesamtheit | 167 |
| Beobachtete Ereignisse | 166 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 99,40% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,64 - 98,75% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 96,69 - 99,89% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |
| Bezeichnung der Kennzahl | Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt |
| Ergebnis-ID | 232006_2036 |
| Grundgesamtheit | 138 |
| Beobachtete Ereignisse | 137 |
| Erwartete Ereignisse | |

| | |
|--|----------------|
| Ergebnis (Einheit) | 99,28% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,59 - 98,72% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 96,01 - 99,87% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen |
| Ergebnis-ID | 50722 |
| Grundgesamtheit | 263 |
| Beobachtete Ereignisse | 249 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 94,68% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,64 - 96,77% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 91,26 - 96,80% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | U63 - Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme) |
| Bezeichnung der Kennzahl | Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt |
| Ergebnis-ID | 232009_50722 |
| Grundgesamtheit | 208 |
| Beobachtete Ereignisse | 199 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 95,67% |

| | |
|--|----------------|
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,49 - 96,66% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 91,98 - 97,71% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |

| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt |
| Ergebnis-ID | 50778 |
| Grundgesamtheit | 188 |
| Beobachtete Ereignisse | 21 |
| Erwartete Ereignisse | 15,60 |
| Ergebnis (Einheit) | 1,35 |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 1,91 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,96 - 0,99 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,89 - 1,99 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |
| Bezeichnung der Kennzahl | Sterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis-ID | 232007_50778 |
| Grundgesamtheit | 234 |
| Beobachtete Ereignisse | 31 |
| Erwartete Ereignisse | 25,82 |
| Ergebnis (Einheit) | 1,20 |
| Risikoadjustierte Rate | |

| | |
|--|---|
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,81 - 0,83 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,86 - 1,65 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |
| Bezeichnung der Kennzahl | Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde |
| Ergebnis-ID | 232010_50778 |
| Grundgesamtheit | 46 |
| Beobachtete Ereignisse | 10 |
| Erwartete Ereignisse | 10,22 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,98 |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,65 - 0,67 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,55 - 1,60 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Bezeichnung der Kennzahl | Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt |
| Ergebnis-ID | 231900 |
| Grundgesamtheit | 210 |
| Beobachtete Ereignisse | 38 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 18,10% |

| | |
|--|---|
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 16,67 - 17,01% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 13,48 - 23,86% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |
| Bezeichnung der Kennzahl | Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt) |
| Ergebnis-ID | 232008_231900 |
| Grundgesamtheit | 266 |
| Beobachtete Ereignisse | 58 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 21,80% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 18,14 - 18,43% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 17,26 - 27,15% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Dekubitusprophylaxe |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis-ID | 52009 |
| Grundgesamtheit | 5532 |

| | |
|--|--|
| Beobachtete Ereignisse | 15 |
| Erwartete Ereignisse | 27,34 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,55 |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,68 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,17 - 1,19 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,33 - 0,90 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| Leistungsbereich (LB) | Dekubitusprophylaxe |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4 |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) und einher mit einem Absterben von Muskeln, Knochen oder den stützenden Strukturen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4) |
| Ergebnis-ID | 52010 |
| Grundgesamtheit | 5532 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,01 - 0,01% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 0,07% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| Leistungsbereich (LB) | Dekubitusprophylaxe |
|--|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2 |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2) |
| Ergebnis-ID | 52326 |
| Grundgesamtheit | 5532 |
| Beobachtete Ereignisse | 15 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,27% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,36 - 0,37% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,16 - 0,45% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |

| Leistungsbereich (LB) | Dekubitusprophylaxe |
|--|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben |
| Ergebnis-ID | 521800 |
| Grundgesamtheit | 5532 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |

| | |
|--|--------------|
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,01 - 0,01% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 0,07% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Dekubitusprophylaxe |
| Bezeichnung der Kennzahl | Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3 |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3) |
| Ergebnis-ID | 521801 |
| Grundgesamtheit | 5532 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,06 - 0,07% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 0,07% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Geburtshilfe |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Eine Kinderärztin / ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend |
| Ergebnis-ID | 318 |
| Grundgesamtheit | |
| Beobachtete Ereignisse | |
| Erwartete Ereignisse | |

| | |
|--|---|
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,61 - 97,07% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

| Leistungsbereich (LB) | Geburtshilfe |
|--|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (individuelle Risiken von Mutter und Kind wurden nicht berücksichtigt) |
| Ergebnis-ID | 321 |
| Grundgesamtheit | 423 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,22 - 0,24% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 0,90% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |

| Leistungsbereich (LB) | Geburtshilfe |
|---|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Bei einer drohenden Frühgeburt wurde die Mutter vor der Geburt mit Kortison behandelt, dazu musste die Mutter bereits 2 Tage vor der Geburt in das Krankenhaus aufgenommen worden sein |
| Ergebnis-ID | 330 |

| | |
|--|--|
| Grundgesamtheit | |
| Beobachtete Ereignisse | |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,35 - 97,21% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |
| Kommentar Krankenhaus | Hinweis des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA): Der QI 330 wurde mit Beschlüssen des G-BA vom 16.12.2021 und 15.12.2022 als planungsrelevanter Qualitätsindikator ausgesetzt. Gemäß DeQS-RL wurde der Qualitätsindikator 2023 in eine Transparenzkennzahl überführt. Die bereits erhobenen Daten des Berichtsjahres 2022 wurden dennoch hier ausgewertet und veröffentlicht. |

| Leistungsbereich (LB) | Geburtshilfe |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Der Zeitraum zwischen der Entscheidung einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten |
| Ergebnis-ID | 1058 |
| Grundgesamtheit | 6 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel Event |

| | |
|--|--|
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,13 - 0,32% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 39,03% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Geburtshilfe |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben |
| Ergebnis-ID | 50045 |
| Grundgesamtheit | 138 |
| Beobachtete Ereignisse | 136 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 98,55% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,97 - 99,05% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 94,87 - 99,60% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Geburtshilfe |
| Bezeichnung der Kennzahl | Azidose bei reifen Einlingen |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind) |
| Ergebnis-ID | 51397 |
| Grundgesamtheit | 423 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,94 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Risikoadjustierte Rate | |

| | |
|--|-------------|
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,92 - 1,02 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 4,05 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |

| Leistungsbereich (LB) | Geburtshilfe |
|---|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis-ID | 51803 |
| Grundgesamtheit | |
| Beobachtete Ereignisse | |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,69 |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,32 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,98 - 1,03 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,19 - 2,48 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |
| Bezeichnung der Kennzahl | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an verstorbenen Kindern |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis-ID | 51808_51803 |
| Grundgesamtheit | 425 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,08 |

| | |
|--|---|
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,03 - 1,36 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 47,76 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |
| Bezeichnung der Kennzahl | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5 |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Neugeborene, die sich gemessen an Atembewegungen, Puls, Grundtonus (Körperspannung), Aussehen (Hautfarbe) und Reflexerregbarkeit in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis-ID | 51813_51803 |
| Grundgesamtheit | |
| Beobachtete Ereignisse | |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 1,20 |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,96 - 1,07 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,21 - 6,76 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |
| Bezeichnung der Kennzahl | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit Base Excess unter - 16 |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Neugeborene mit einer Störung des Säure-Basen-Haushalts im Blut (Basenmangel) (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis-ID | 51818_51803 |

| | |
|--|---|
| Grundgesamtheit | |
| Beobachtete Ereignisse | |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,91 |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,89 - 0,98 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,16 - 5,09 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |
| Bezeichnung der Kennzahl | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit Azidose (pH < 7,00) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Neugeborene mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis-ID | 51823_51803 |
| Grundgesamtheit | 423 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,91 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,01 - 1,11 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 4,20 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |

| Leistungsbereich (LB) | Geburtshilfe |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Azidose bei frühgeborenen Einlingen |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind) |
| Ergebnis-ID | 51831 |
| Grundgesamtheit | 9 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,03 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 4,40 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,95 - 1,18 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 102,88 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| Leistungsbereich (LB) | Geburtshilfe |
|---|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Kaiserschnittgeburt |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Geburten, die per Kaiserschnitt durchgeführt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind) |
| Ergebnis-ID | 52249 |
| Grundgesamtheit | 435 |
| Beobachtete Ereignisse | 138 |
| Erwartete Ereignisse | 122,23 |
| Ergebnis (Einheit) | 1,13 |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 1,26 (90. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,03 - 1,04 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,98 - 1,29 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |
| Bezeichnung der Kennzahl | Robson-Klassifikation - Ebene 1 |

| | |
|--|--|
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen von erstgebärenden Müttern unter spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden |
| Ergebnis-ID | 182000_52249 |
| Grundgesamtheit | 100 |
| Beobachtete Ereignisse | 12 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 12,00% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 18,76 - 19,12% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 7,00 - 19,81% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |
| Bezeichnung der Kennzahl | Robson-Klassifikation - Ebene 2 |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden |
| Ergebnis-ID | 182001_52249 |
| Grundgesamtheit | 61 |
| Beobachtete Ereignisse | 27 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 44,26% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 45,59 - 46,21% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 32,51 - 56,70% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |
| Bezeichnung der Kennzahl | Robson-Klassifikation - Ebene 3 |

| | |
|--|---|
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, mit spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden |
| Ergebnis-ID | 182002_52249 |
| Grundgesamtheit | 128 |
| Beobachtete Ereignisse | 6 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 4,69% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 3,79 - 3,97% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 2,17 - 9,85% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |
| Bezeichnung der Kennzahl | Robson-Klassifikation - Ebene 4 |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden |
| Ergebnis-ID | 182003_52249 |
| Grundgesamtheit | 49 |
| Beobachtete Ereignisse | 14 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 28,57% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 21,13 - 21,78% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 17,85 - 42,41% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |
| Bezeichnung der Kennzahl | Robson-Klassifikation - Ebene 5 |

| | |
|--|--|
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten mindestens ein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden |
| Ergebnis-ID | 182004_52249 |
| Grundgesamtheit | 71 |
| Beobachtete Ereignisse | 60 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 84,51% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 71,44 - 71,99% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 74,35 - 91,12% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |
| Bezeichnung der Kennzahl | Robson-Klassifikation - Ebene 6 |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Einlinge, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden |
| Ergebnis-ID | 182005_52249 |
| Grundgesamtheit | 9 |
| Beobachtete Ereignisse | 9 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 92,64 - 93,36% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 70,09 - 100,00% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |
| Bezeichnung der Kennzahl | Robson-Klassifikation - Ebene 7 |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden |

| | |
|--|--|
| Ergebnis-ID | 182006_52249 |
| Grundgesamtheit | 5 |
| Beobachtete Ereignisse | 5 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 85,95 - 87,21% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 56,55 - 100,00% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |
| Bezeichnung der Kennzahl | Robson-Klassifikation - Ebene 8 |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden |
| Ergebnis-ID | 182007_52249 |
| Grundgesamtheit | |
| Beobachtete Ereignisse | |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 75,06 - 76,11% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |
| Bezeichnung der Kennzahl | Robson-Klassifikation - Ebene 9 |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Einlinge, die per Kaiserschnitt in Querlage (quer im Mutterleib) geboren wurden |
| Ergebnis-ID | 182008_52249 |
| Grundgesamtheit | |
| Beobachtete Ereignisse | |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 99,86 - 100,00% |

| | |
|--|---|
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |
| Bezeichnung der Kennzahl | Robson-Klassifikation - Ebene 10 |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Einlinge, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden |
| Ergebnis-ID | 182009_52249 |
| Grundgesamtheit | |
| Beobachtete Ereignisse | |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 43,91 - 44,93% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Geburtshilfe |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen) |
| Ergebnis-ID | 181800 |
| Grundgesamtheit | 297 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,39 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 3,20 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,82 - 0,97 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 9,68 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| Bezeichnung der Kennzahl | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Dammrissen Grad IV bei spontanen Einlingsgeburten |
|--|---|
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der spontanen Geburt von Einlingen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen) |
| Ergebnis-ID | 181801_181800 |
| Grundgesamtheit | 268 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,24 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,77 - 0,95 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 15,60 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |
| Bezeichnung der Kennzahl | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Dammrissen Grad IV bei vaginal-operativen Einlingsgeburten |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt von Einlingen, bei der eine Saugglocke oder eine Geburtszange verwendet wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen) |
| Ergebnis-ID | 181802_181800 |
| Grundgesamtheit | 29 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,15 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,83 - 1,08 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 22,78 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Geburtshilfe |
| Bezeichnung der Kennzahl | Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Kinder, die in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 2) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer höher spezialisierten Einrichtung (Perinatalzentrum Level 1) hätten geboren werden müssen |
| Ergebnis-ID | 182010 |
| Grundgesamtheit | |
| Beobachtete Ereignisse | |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,17 - 0,23% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Geburtshilfe |
| Bezeichnung der Kennzahl | Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) hätten geboren werden müssen |
| Ergebnis-ID | 182011 |
| Grundgesamtheit | |
| Beobachtete Ereignisse | |

| | |
|--|--------------|
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 2,83 - 3,06% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |

| Leistungsbereich (LB) | Geburtshilfe |
|--|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung ohne angeschlossene Kinderklinik (Geburtsklinik) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos entweder in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) oder in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) hätten geboren werden müssen |
| Ergebnis-ID | 182014 |
| Grundgesamtheit | |
| Beobachtete Ereignisse | |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 9,08 - 9,32% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis |
| Ergebnis-ID | 612 |
| Grundgesamtheit | 42 |
| Beobachtete Ereignisse | 35 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 83,33% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 74,46 % (5. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 88,41 - 89,07% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 69,40 - 91,68% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis |
| Ergebnis-ID | 10211 |
| Grundgesamtheit | |
| Beobachtete Ereignisse | |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 20,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 7,20 - 8,05% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |

| | |
|--|---|
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |
| Bezeichnung der Kennzahl | Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis |
| Ergebnis-ID | 172000_10211 |
| Grundgesamtheit | |
| Beobachtete Ereignisse | |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 9,90 - 12,55% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |
| Bezeichnung der Kennzahl | Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis |
| Ergebnis-ID | 172001_10211 |
| Grundgesamtheit | |
| Beobachtete Ereignisse | |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |

| | |
|--|----------------|
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 12,39 - 14,67% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen |
| Ergebnis-ID | 12874 |
| Grundgesamtheit | |
| Beobachtete Ereignisse | |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 5,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,85 - 1,05% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen |
| Ergebnis-ID | 51906 |
| Grundgesamtheit | 140 |

| | |
|--|--|
| Beobachtete Ereignisse | 5 |
| Erwartete Ereignisse | 1,33 |
| Ergebnis (Einheit) | 3,77 |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 4,18 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,99 - 1,11 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 1,62 - 8,53 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter |
| Ergebnis-ID | 52283 |
| Grundgesamtheit | |
| Beobachtete Ereignisse | |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 6,59 % (90. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 3,05 - 3,27% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen |
|---|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis |
| Ergebnis-ID | 60685 |
| Grundgesamtheit | |
| Beobachtete Ereignisse | |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,66 - 0,83% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | U62 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle |

| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen |
|---|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis |
| Ergebnis-ID | 60686 |
| Grundgesamtheit | |
| Beobachtete Ereignisse | |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Risikoadjustierte Rate | |

| | |
|--|--|
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 42,35 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 18,56 - 20,07% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis-ID | 10271 |
| Grundgesamtheit | |
| Beobachtete Ereignisse | |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,26 |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,27 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,80 - 0,86 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,01 - 1,13 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht |
| Ergebnis-ID | 54001 |
| Grundgesamtheit | 68 |

| | |
|--|--|
| Beobachtete Ereignisse | 62 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 91,18% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 97,60 - 97,74% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 82,06 - 95,89% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht |
| Ergebnis-ID | 54002 |
| Grundgesamtheit | 5 |
| Beobachtete Ereignisse | 5 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 86,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 91,46 - 92,23% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 56,55 - 100,00% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Präoperative Verweildauer |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation |
| Ergebnis-ID | 54003 |
| Grundgesamtheit | 111 |
| Beobachtete Ereignisse | 4 |

| | |
|--|--|
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 3,60% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 15,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 9,06 - 9,49% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 1,41 - 8,90% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Sturzprophylaxe |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden |
| Ergebnis-ID | 54004 |
| Grundgesamtheit | 163 |
| Beobachtete Ereignisse | 163 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,89 - 97,04% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 97,70 - 100,00% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Gehunfähigkeit bei Entlassung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis-ID | 54012 |
| Grundgesamtheit | 160 |

| | |
|--|--|
| Beobachtete Ereignisse | 22 |
| Erwartete Ereignisse | 14,99 |
| Ergebnis (Einheit) | 1,47 |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,42 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,00 - 1,04 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,99 - 2,13 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
|---|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben) |
| Ergebnis-ID | 54013 |
| Grundgesamtheit | 55 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,04 - 0,06% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 6,53% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis-ID | 54015 |
| Grundgesamtheit | 113 |
| Beobachtete Ereignisse | 24 |
| Erwartete Ereignisse | 11,25 |
| Ergebnis (Einheit) | 2,13 |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,25 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,99 - 1,03 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 1,48 - 2,98 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde) |
| Ergebnis-ID | 54016 |
| Grundgesamtheit | |
| Beobachtete Ereignisse | |

| | |
|--|--|
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 5,77 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,31 - 1,41% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) |
| Ergebnis-ID | 54017 |
| Grundgesamtheit | |
| Beobachtete Ereignisse | |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 20,00 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 7,44 - 8,26% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | U62 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle |

| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden) |
| Ergebnis-ID | 54018 |
| Grundgesamtheit | 113 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 11,63 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 4,37 - 4,69% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 3,29% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde) |
| Ergebnis-ID | 54019 |
| Grundgesamtheit | 68 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 8,01 % (95. Perzentil) |

| | |
|--|--|
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 2,21 - 2,34% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 5,35% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen), die direkt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) |
| Ergebnis-ID | 54120 |
| Grundgesamtheit | 5 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,49 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,02 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,98 - 1,06 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 4,46 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |
| Bezeichnung der Kennzahl | Implantatassoziierte Komplikationen |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten, die direkt mit der Operation zusammenhingen (z. B. eine Fehllage des Implantats, ein Bruch der Knochen rund um das eingesetzte Implantat oder eine Verrenkung/Auskugelung des künstlichen Hüftgelenks) (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis-ID | 191800_54120 |

| | |
|--|--|
| Grundgesamtheit | 5 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,22 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,99 - 1,11 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 10,03 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |
| Bezeichnung der Kennzahl | Weichteilkomplikationen |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten, die direkt mit der Operation zusammenhingen (z. B. eine Wundinfektion nach der Operation, Absterben von Gewebe an den Wundrändern, Schädigung oder Verletzung eines Blutgefäßes, Nervenschaden, Nachblutung oder Blutansammlungen in der Wunde) (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis-ID | 191801_54120 |
| Grundgesamtheit | 5 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,28 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,95 - 1,05 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 7,66 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
| Bezeichnung der Kennzahl | Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis-ID | 191914 |
| Grundgesamtheit | 113 |
| Beobachtete Ereignisse | 9 |
| Erwartete Ereignisse | 5,51 |
| Ergebnis (Einheit) | 1,63 |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,04 - 1,10 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,87 - 2,96 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden) |
| Ergebnis-ID | 54029 |
| Grundgesamtheit | |
| Beobachtete Ereignisse | |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |

| | |
|--|--|
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 6,35 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,79 - 2,00% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Präoperative Verweildauer |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation |
| Ergebnis-ID | 54030 |
| Grundgesamtheit | 92 |
| Beobachtete Ereignisse | 7 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 7,61% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 15,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 9,60 - 10,06% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 3,73 - 14,88% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Gehunfähigkeit bei Entlassung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis-ID | 54033 |
| Grundgesamtheit | 76 |
| Beobachtete Ereignisse | 30 |
| Erwartete Ereignisse | 17,56 |

| | |
|--|--|
| Ergebnis (Einheit) | 1,71 |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,22 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,00 - 1,04 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 1,27 - 2,19 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis-ID | 54042 |
| Grundgesamtheit | 92 |
| Beobachtete Ereignisse | 7 |
| Erwartete Ereignisse | 8,36 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,84 |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,42 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,01 - 1,06 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,41 - 1,64 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
| Bezeichnung der Kennzahl | Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis-ID | 54046 |
| Grundgesamtheit | |
| Beobachtete Ereignisse | |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,71 |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,03 - 1,10 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,24 - 2,00 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | - |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Sturzprophylaxe |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden |
| Ergebnis-ID | 54050 |
| Grundgesamtheit | 85 |
| Beobachtete Ereignisse | 85 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 97,22 - 97,48% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 95,68 - 100,00% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Knieendoprothesenversorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden) |
| Ergebnis-ID | 50481 |
| Grundgesamtheit | |
| Beobachtete Ereignisse | |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 11,32 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 3,02 - 3,66% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | U62 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Knieendoprothesenversorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht |
| Ergebnis-ID | 54020 |
| Grundgesamtheit | 79 |
| Beobachtete Ereignisse | 75 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 94,94% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |

| | |
|--|--|
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,05 - 98,18% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 87,69 - 98,01% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Knieendoprothesenversorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Indikation zur unikondylären Schlittenprothese |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht |
| Ergebnis-ID | 54021 |
| Grundgesamtheit | 22 |
| Beobachtete Ereignisse | 21 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 95,45% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 97,22 - 97,61% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 78,20 - 99,19% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Knieendoprothesenversorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht |
| Ergebnis-ID | 54022 |
| Grundgesamtheit | 6 |
| Beobachtete Ereignisse | 6 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Risikoadjustierte Rate | |

| | |
|--|--|
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 86,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 91,95 - 92,89% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 60,97 - 100,00% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Knieendoprothesenversorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Gehunfähigkeit bei Entlassung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis-ID | 54028 |
| Grundgesamtheit | |
| Beobachtete Ereignisse | |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 4,81 |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 5,19 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,06 - 1,21 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 1,32 - 16,84 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Knieendoprothesenversorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde) |
| Ergebnis-ID | 54123 |
| Grundgesamtheit | |
| Beobachtete Ereignisse | |

| | |
|--|--|
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 4,26 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,98 - 1,07% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Knieendoprothesenversorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde) |
| Ergebnis-ID | 54124 |
| Grundgesamtheit | |
| Beobachtete Ereignisse | |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 3,71 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,84 - 0,93% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Knieendoprothesenversorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden) |
| Ergebnis-ID | 54125 |
| Grundgesamtheit | 6 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 14,11 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 3,84 - 4,55% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 39,03% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Knieendoprothesenversorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. –Komponentenwechsel |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben) |
| Ergebnis-ID | 54127 |
| Grundgesamtheit | 95 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel Event |

| | |
|--|--|
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,03 - 0,05% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 3,89% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Knieendoprothesenversorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig |
| Ergebnis-ID | 54128 |
| Grundgesamtheit | 119 |
| Beobachtete Ereignisse | 119 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 98,81 % (5. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 99,78 - 99,82% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 96,73 - 100,00% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Primäre Axilladissektion bei DCIS |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden radikal bzw. nahezu vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten) |
| Ergebnis-ID | 2163 |
| Grundgesamtheit | |
| Beobachtete Ereignisse | |
| Erwartete Ereignisse | |

| | |
|--|--|
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,01 - 0,13% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Entnahme eines oder mehrerer Lymphknoten der Achselhöhle bei einer Vorstufe zu Brustkrebs und einer Operation, bei der die betroffene Brust nicht vollständig entfernt wurde |
| Ergebnis-ID | 50719 |
| Grundgesamtheit | |
| Beobachtete Ereignisse | |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 5,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 2,90 - 3,87% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage |
| Ergebnis-ID | 51370 |
| Grundgesamtheit | |

| | |
|--|---|
| Beobachtete Ereignisse | |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 7,69 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,80 - 2,04% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | U62 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt |
| Ergebnis-ID | 51846 |
| Grundgesamtheit | 22 |
| Beobachtete Ereignisse | 19 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 86,36% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,11 - 98,30% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 66,67 - 95,25% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | U62 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht (in den Wächterlymphknoten siedeln sich die Krebszellen mit hoher Wahrscheinlichkeit zuerst an) |
| Ergebnis-ID | 51847 |
| Grundgesamtheit | 6 |
| Beobachtete Ereignisse | 6 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,79 - 97,18% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 60,97 - 100,00% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.) |
| Ergebnis-ID | 52279 |
| Grundgesamtheit | 17 |
| Beobachtete Ereignisse | 17 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Risikoadjustierte Rate | |

| | |
|--|--|
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,86 - 99,09% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 81,57 - 100,00% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.) |
| Ergebnis-ID | 52330 |
| Grundgesamtheit | |
| Beobachtete Ereignisse | |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 99,26 - 99,50% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Nachresektionsrate |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Folgeoperationen, die notwendig waren, weil die bösartigen Tumore im ersten Eingriff unvollständig oder nur ohne ausreichenden Sicherheitsabstand entfernt wurden |
| Ergebnis-ID | 60659 |
| Grundgesamtheit | 14 |

| | |
|--|---|
| Beobachtete Ereignisse | 5 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 35,71% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 20,77 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 10,41 - 10,91% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 16,34 - 61,24% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | U62 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Nach der Operation, bei der ein bösartiger Tumor entfernt wurde, sind alle wichtigen Befunde dazu von Behandelnden in einer Konferenz besprochen worden, bei der die wesentlichen für Brustkrebs verantwortlichen Fachbereiche teilnehmen, um die weitere Therapie abzustimmen |
| Ergebnis-ID | 211800 |
| Grundgesamtheit | 11 |
| Beobachtete Ereignisse | 11 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 97,82 % (5. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 99,42 - 99,54% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 74,12 - 100,00% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk) |
| Ergebnis-ID | 212000 |
| Grundgesamtheit | |
| Beobachtete Ereignisse | |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 80,95 % (5. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 94,52 - 95,52% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | U62 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich nicht um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk) |
| Ergebnis-ID | 212001 |
| Grundgesamtheit | |
| Beobachtete Ereignisse | |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 54,43 % (5. Perzentil) |

| | |
|--|--|
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 85,40 - 86,30% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischen Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen war eine geplante Herzkatheteruntersuchung nach wissenschaftlichen Empfehlungen auch erforderlich |
| Ergebnis-ID | 56000 |
| Grundgesamtheit | |
| Beobachtete Ereignisse | |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 40,97 % (5. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 64,05 - 64,45% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Patientinnen und Patienten, bei denen die medizinischen Gründe für die Herzkatheteruntersuchung nicht durch einen krankhaften Befund bestätigt werden konnten |
| Ergebnis-ID | 56001 |
| Grundgesamtheit | |

| | |
|--|--|
| Beobachtete Ereignisse | |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 41,48 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 27,71 - 28,11% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | ""Door-to-balloon""-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt" |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten |
| Ergebnis-ID | 56003 |
| Grundgesamtheit | |
| Beobachtete Ereignisse | |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 67,57 % (5. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 75,91 - 76,83% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | ""Door""-Zeitpunkt oder ""Balloon""-Zeitpunkt unbekannt" |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten |
| Ergebnis-ID | 56004 |
| Grundgesamtheit | |
| Beobachtete Ereignisse | |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 5,98 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 2,54 - 2,88% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm² |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen lag über dem Schwellenwert von 2.800 cGy x cm ² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis-ID | 56005 |
| Grundgesamtheit | |
| Beobachtete Ereignisse | |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 1,05 |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 1,65 (95. Perzentil) |

| | |
|--|--|
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,88 - 0,90 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,29 - 2,79 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm² |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 4.800 cGy x cm ² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis-ID | 56006 |
| Grundgesamtheit | |
| Beobachtete Ereignisse | |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 1,14 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,92 - 0,97 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm² |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Untersuchungen und Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 5.500 cGy x cm ² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis-ID | 56007 |
| Grundgesamtheit | |

| | |
|--|--|
| Beobachtete Ereignisse | |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 2,88 |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 1,50 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,89 - 0,91 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,81 - 7,68 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Dosis-Flächen-Produkt unbekannt |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt |
| Ergebnis-ID | 56008 |
| Grundgesamtheit | 33 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 0,15 % (90. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,20 - 0,22% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 7,28% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Herzkatheteruntersuchungen, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel verwendet wurde |
| Ergebnis-ID | 56009 |
| Grundgesamtheit | |
| Beobachtete Ereignisse | |

| | |
|--|--|
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 6,86 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 4,35 - 4,47% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Erweiterungen der Herzkranzgefäße, bei denen mehr als 200 ml Kontrastmittel verwendet wurde |
| Ergebnis-ID | 56010 |
| Grundgesamtheit | |
| Beobachtete Ereignisse | |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 21,93 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 16,68 - 17,65% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Herzkatheteruntersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI), bei denen mehr als 250 ml Kontrastmittel verwendet wurde |
| Ergebnis-ID | 56011 |

| | |
|--|--|
| Grundgesamtheit | |
| Beobachtete Ereignisse | |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 16,84 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 9,77 - 10,00% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt |
| Ergebnis-ID | 56014 |
| Grundgesamtheit | |
| Beobachtete Ereignisse | |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 93,65 % (5. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 94,05 - 94,52% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Alle Eingriffe mit erfolgreicher Erweiterung der Herzkranzgefäße bei allen Eingriffen |
| Ergebnis-ID | 56016 |
| Grundgesamtheit | 6 |
| Beobachtete Ereignisse | 4 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 66,67% |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 93,95 % (5. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 95,23 - 95,39% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 28,64 - 92,32% |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | U62 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle |

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

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

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

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

Trifft nicht zu.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu.

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

C-5.1 Umsetzung der Mm-R im Berichtsjahr

| | Mindestmenge | Erbrachte Menge |
|---|--------------|-----------------|
| Kniegelenk-Totalendoprothesen | 50 | 81 |
| Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene | 10 | 12 |

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

| Leistungsbereiche | |
|--|----|
| Kniegelenk-Totalendoprothesen | |
| Der Krankenhausstandort ist im Prognosejahr 2024 zur Leistungserbringung berechtigt: | Ja |
| Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene | |
| Der Krankenhausstandort ist im Prognosejahr 2024 zur Leistungserbringung berechtigt: | Ja |

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

| Leistungsbereiche | |
|--|-----|
| Kniegelenk-Totalendoprothesen | |
| Die Prognose wurde von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt: | Ja |
| Erreichte Leistungsmenge im Berichtsjahr 2022: | 81 |
| Erreichte Leistungsmenge in den Quartalen 2022/3, 2022/4, 2023/1 und 2023/2: | 111 |
| Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene | |
| Die Prognose wurde von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt: | Ja |
| Erreichte Leistungsmenge im Berichtsjahr 2022: | 12 |
| Erreichte Leistungsmenge in den Quartalen 2022/3, 2022/4, 2023/1 und 2023/2: | 12 |

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

Trifft nicht zu.

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

| Nr. | Fortbildungsverpflichteter Personenkreis | Anzahl (Personen) |
|-------|--|-------------------|
| 1 | Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen) | 43 |
| 1.1 | - Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen | 35 |
| 1.1.1 | - Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben | 32 |

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

| Pflegesensitiver Bereich | Station | Schicht | Monatsbezogener Erfüllungsgrad | Ausnahmetatbestände |
|---|---------|--------------|--------------------------------|---------------------|
| Allgemeine Chirurgie und Innere Medizin | B01 | Tagschicht | 100,00% | 5 |
| Allgemeine Chirurgie und Innere Medizin | B02 | Tagschicht | 100,00% | 12 |
| Allgemeine Chirurgie und Innere Medizin | B03 | Tagschicht | 100,00% | 5 |
| Allgemeine Chirurgie und Innere Medizin | B04 | Tagschicht | 100,00% | 6 |
| Allgemeine Chirurgie und Innere Medizin | B07 | Tagschicht | 91,67% | 12 |
| Allgemeine Chirurgie und Innere Medizin | BICHIMC | Tagschicht | 100,00% | 0 |
| Allgemeine Chirurgie | B01 | Nachtschicht | 100,00% | 8 |

| Pflegesensitiver Bereich | Station | Schicht | Monatsbezogener Erfüllungsgrad | Ausnahmetatbestände |
|------------------------------|---------|--------------|--------------------------------|---------------------|
| Allgemeine Chirurgie | B02 | Nachtschicht | 100,00% | 12 |
| Allgemeine Chirurgie | B03 | Nachtschicht | 100,00% | 8 |
| Allgemeine Chirurgie | B04 | Nachtschicht | 100,00% | 11 |
| Allgemeine Chirurgie | B07 | Nachtschicht | 100,00% | 12 |
| Allgemeine Chirurgie | BICHIMC | Nachtschicht | 100,00% | 0 |
| Gynäkologie und Geburtshilfe | B05 | Tagschicht | 91,67% | 12 |
| Gynäkologie und Geburtshilfe | B05 | Nachtschicht | 100,00% | 10 |
| Innere Medizin | B06 | Tagschicht | 100,00% | 2 |
| Innere Medizin | B06 | Nachtschicht | 100,00% | 3 |
| Intensivmedizin | BICHIPA | Tagschicht | 100,00% | 11 |
| Intensivmedizin | BICHIPA | Nachtschicht | 100,00% | 10 |

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

| Pflegesensitiver Bereich | Station | Schicht | Schichtbezogener Erfüllungsgrad |
|---|---------|------------|---------------------------------|
| Allgemeine Chirurgie und Innere Medizin | B01 | Tagschicht | 96,92% |
| Allgemeine Chirurgie und Innere Medizin | B02 | Tagschicht | 72,60% |
| Allgemeine Chirurgie und Innere Medizin | B03 | Tagschicht | 97,20% |
| Allgemeine Chirurgie und Innere Medizin | B04 | Tagschicht | 95,89% |
| Allgemeine Chirurgie und Innere Medizin | B07 | Tagschicht | 68,77% |

| Pflegesensitiver Bereich | Station | Schicht | Schichtbezogener Erfüllungsgrad |
|---|---------|--------------|---------------------------------|
| Allgemeine Chirurgie und Innere Medizin | BICHIMC | Tagschicht | 100,00% |
| Allgemeine Chirurgie | B01 | Nachtschicht | 89,73% |
| Allgemeine Chirurgie | B02 | Nachtschicht | 86,58% |
| Allgemeine Chirurgie | B03 | Nachtschicht | 83,49% |
| Allgemeine Chirurgie | B04 | Nachtschicht | 86,58% |
| Allgemeine Chirurgie | B07 | Nachtschicht | 75,34% |
| Allgemeine Chirurgie | BICHIMC | Nachtschicht | 100,00% |
| Gynäkologie und Geburtshilfe | B05 | Tagschicht | 61,64% |
| Gynäkologie und Geburtshilfe | B05 | Nachtschicht | 89,04% |
| Innere Medizin | B06 | Tagschicht | 93,24% |
| Innere Medizin | B06 | Nachtschicht | 86,49% |
| Intensivmedizin | BICHIPA | Tagschicht | 91,51% |
| Intensivmedizin | BICHIPA | Nachtschicht | 89,59% |

C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL). Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt. Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung. Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist. Für das Berichtsjahr 2022 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien

Krankenhausstandorte, an denen neue Therapien gemäß den Anlagen der ATMP-QS-RL angewendet werden, müssen die dort vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität erfüllen. Der Medizinische Dienst überprüft die Umsetzung der relevanten Qualitätsanforderungen und stellt dem Krankenhaus eine Bescheinigung aus, wenn diese vollumfänglich erfüllt werden. ATMP nach dieser Richtlinie dürfen ausschließlich von Leistungserbringern angewendet werden, die die Mindestanforderungen erfüllen.

Arzneimittel für neuartige Therapien

Werden am Krankenhausstandort Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet?

Nein

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Qualitätsstrategie des Klinikums Region Hannover

„Aus Verantwortung gemeinsam für gute Medizin“

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

In den somatischen Klinikstandorten ist jeweils eine Gesamtzertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015 umgesetzt. Zusätzlich werden in den Zentren Audits und Fachzertifizierungen durchgeführt. Die psychiatrischen Einrichtungen 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 Rezertifizierung ist für Herbst 2023 vorgesehen.

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 Antinfektiva zu verbessern. Unter anderem werden damit auch die Resistenzen gegen Antibiotika verringert. Multidisziplinäre Teams aus Ärzten / Ärztinnen und Apothekern / Apothekerinnen arbeiten hier gebündelt für unsere Patientinnen und Patienten zusammen.

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.

Eine weitere Entwicklungsdynamik, bedingt durch die Corona-Situation und die intensivierete Digitalisierung, ist das Angebot von Video-Livestreams für Mitarbeiter-, Patienten- und Fortbildungsveranstaltung, 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 erweiterte und neue Ausbildungsumgebung und 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 Behandlungsräumen für Physiotherapeut*innen 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 Bereich 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 an die Klassenkameraden / Kameradinnen in den Klassenräumen übertragen oder aufgezeichnet.

D-2 Qualitätsziele

D-2 PDF: Qualitätsziele

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

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

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Die Geschäftsführung des Klinikum Region Hannover unterstützt aktiv das Qualitätsmanagement.

Im Klinikum Großburgwedel ist die ärztliche Direktorin, die direkte Vorgesetzte der QMB. Das operative Geschäft in der Stabstelle QM wird von der Qualitätsmanagementbeauftragten durchgeführt.

Die Aufgaben der QM-Beauftragten sind:

- 12. Verantwortlich und weisungsbefugt in allen Fragen des Qualitätsmanagements
- 13. Unterstützung bei der Entwicklung, Einführung und Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems DIN EN ISO 9001
- 14. Begleitung von Zertifizierungsverfahren der Organzentren und des Qualitätsmanagementsystems

15. Feststellen von Qualitätsproblemen
16. Empfehlung und Veranlassung von Problemlösungen, Umsetzung und Überprüfung in Rücksprache mit der ärztlichen Direktion.
17. Begleitung von Projekten
18. Durchführung von internen Audits
19. Ansprechpartner für die Zertifizierungsgesellschaften
20. Regelmäßige Information des Beauftragten der obersten Leitung über QM Themen und Stand der Wirksamkeit des QM Systems

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Beschwerdemanagement

Es ist ein Beschwerdemanagement für Patienten, Mitarbeiter und weitere Anspruchsgruppen eingeführt. Patienten und Angehörige haben die Möglichkeit, ihre Beschwerden über ein Softwaretool über das Internet, per Brief, speziell eingerichtete Beschwerde-Hotline telefonisch oder persönlich abzugeben. Diese werden von den Beschwerdekoordinatoren bearbeitet. Externe Nutzer des Angebotes finden die Kontaktdaten und den Zugang zum Meldeformular (<https://www.krh.de/lob-tadel>) für Beschwerden auf der Internetseite des Klinikum Region Hannover. Außerdem ist ein Briefkasten für „Lob und Tadel“ an zentralen Stellen eingerichtet, der zur Abgabe von Beschwerden für alle o.g. Anspruchsgruppen zur Verfügung steht.

Hygienemanagement

Ziel des Hygienemanagements ist es, hygienischen Mängeln und Infektionen entgegenzuwirken bzw. diese zu vermeiden. Im Konzern sind mehrere Hygienefachkräfte eingesetzt. Darüber hinaus sind hausinterne hygienebeauftragte Ärzte benannt. Im Pflegedienst sind in jedem Bereich Hygieneansprechpartner benannt. Als übergeordnetes Gremium zur Bearbeitung von Hygienebelangen ist eine Hygienekommission mit eigenständiger Geschäftsordnung etabliert. Die protokollierten Sitzungen finden zweimal jährlich und bei Bedarf statt. Sämtliche Regelungen hinsichtlich des Hygiene- und Infektionsmanagements finden sich im Hygieneplan, der allen Mitarbeitern über das Intranet zugänglich ist. Zusätzlich finden sich Informationen zur Händedesinfektion als Aushang in den Häusern. Die Umsetzung und Einhaltung der als verbindlich geltenden Hygienestandards werden durch regelhafte Kontrollen (Begehungen, Abklatschuntersuchungen, Unterweisungen etc.) durch die Hygienefachkraft evaluiert, die ggf. entsprechende Maßnahmen initiiert und nachhält. Eine Einweisung von neuen Mitarbeitern in die Hygienevorschriften erfolgt im Rahmen der strukturierten Einarbeitung. Eine laufende Unterweisung der Mitarbeiter zu Hygienemaßnahmen findet im Rahmen der durch die Fort- und Weiterbildung angebotenen Schulungen, durch Rundschreiben und ggf. Stationsbesuche statt.

Interne Audits

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

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

Patientenbefragungen

In folgenden Bereichen finden kontinuierliche Patientenbefragungen statt:

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

Morbiditäts- und Mortalitätsbesprechungen

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

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

Ziele dieser Konferenzen sind

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

Mitarbeiterbefragung:

Im Jahr 2020 wurde an allen Krankenhäusern des Klinikverbundes KRH eine Befragung der Pflegekräfte durchgeführt. Es handelte sich um ein Projekt, welches mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss von 2019 bis 2021 gefördert wird. Im Zentrum stand dabei der Zusammenhang zwischen guten Arbeitsbedingungen, Arbeitsfähigkeit in der Pflege und die Zufriedenheit von Patienten. Partnerschaften: Arbeit und Zukunft e.V. Hamburg, Universität Ulm und BKK Dachverband der Betriebskrankenkassen. Titel:

HALTgeben. Hohe Patient*innen-Zufriedenheit durch alter(n)s- und lebensphasengerechte Arbeitsgestaltung und Berufsverlaufsmodelle in der Pflege.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

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

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

21. Überprüfung von QM Dokumenten auf Aktualität
22. Rückmeldung von Patientenfragebögen
23. Ableiten von Maßnahmen bei Beschwerden
24. Erteilung von notwendigen Projektaufträgen
25. Durchführung von internen und externen Audits und Ableiten von Maßnahmen