



2022

**KRH KLINIKUM** SILOAH

## STRUKTURIERTER QUALITÄTSBERICHT

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



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

DIREKTORIUM  
KRH Klinikum Siloah



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

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



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



KLINIKEN  
KRH Klinikum Siloah

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und  
minimalinvasive Chirurgie

Chefarzt:  
Prof. Dr. med. Julian Mall  
Telefon: (0511) 927 3100  
Fax: (0511) 927 97 3101  
E-Mail: julian.mall@krh.de



Klinik für Gastroenterologie,  
interventionelle Endoskopie,  
Diabetologie und Akutgeriatrie

Chefarzt:  
Prof. Dr. Frank Grünhage  
Telefon: (0511) 927 2102  
Fax: (0511) 927 97 2100  
E-Mail: frank.gruenhage@krh.de

Klinik für Hämatologie, Onkologie und  
Immunologie

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



Klinik für Kardiologie, Rhythmologie und  
internistische Intensivmedizin

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



KLINIKEN  
KRH Klinikum Siloah

Klinik für Nephrologie, Angiologie und  
Rheumatologie

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



Klinik für Palliativmedizin

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

Klinik für Pneumologie, Intensiv- und  
Schlafmedizin

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



KLINIKEN  
KRH Klinikum Siloah



Klinik für Thorax- und Gefäßchirurgie

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

Klinik für Frauenheilkunde

Chefarzt:  
PD Dr. med. Sudip Kundu  
Telefon: (0511) 927 3601  
Fax: (0511) 927 97 3600  
E-Mail: [sudip.kundu@krh.de](mailto:sudip.kundu@krh.de)



Klinik für Urologie

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



KLINIKEN  
KRH Klinikum Siloah

Klinik für Anästhesiologie und operative  
Intensivmedizin

Chefarzt:  
Prof. Dr. Dr. med. Martin Bauer, MPH  
Telefon: (0511) 927 3401  
Fax: (0511) 927 97 3400  
E-Mail: martin.bauer@krh.de



Klinik für Diagnostische und  
Interventionelle Radiologie

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





**KRH KLINIKUM** NEUSTADT AM RÜBENBERGE

**KRH KLINIKUM** GROSSBURGWEDEL

**KRH PSYCHIATRIE** LANGENHAGEN

**KRH GERIATRIE** LANGENHAGEN

**KRH PSYCHIATRIE** WUNSTORF

**KRH KLINIKUM** NORDSTADT

**KRH KLINIKUM** SILOAH

**KRH KLINIKUM** LEHRTE

**KRH KLINIKUM** AGNES KARLL LAATZEN

**KRH KLINIKUM** ROBERT KOCH GEHRDEN

**KRH**  
**KLINIKUM** REGION HANNOVER

Die 10 Standorte des KRH Klinikums Region Hannover

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

# **Strukturierter Qualitätsbericht**

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

**für das**

**Berichtsjahr 2022**

**KRH Klinikum Siloah**

Dieser Qualitätsbericht wurde am 6. Oktober 2023 erstellt.



## Inhaltsverzeichnis

-	<b>Einleitung</b> .....	<b>4</b>
<b>A</b>	<b>Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts</b> .....	<b>5</b>
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....	5
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers .....	6
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....	6
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	7
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	8
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit .....	8
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	10
A-9	Anzahl der Betten .....	14
A-10	Gesamtfallzahlen .....	14
A-11	Personal des Krankenhauses .....	14
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....	30
A-13	Besondere apparative Ausstattung .....	49
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V .....	51
<b>B</b>	<b>Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen</b> .....	<b>53</b>
B-1	Kardiologie, Rhythmologie, internistische Intensivmedizin .....	53
B-2	Hämatologie, Onkologie und Immunologie .....	62
B-3	Gastroenterologie, Endoskopie, Diabetologie und Akutgeriatrie.....	70
B-4	Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin .....	81
B-5	Allgemein-, Viszeral- und minimalinvasive Chirurgie.....	91
B-6	Gefäßchirurgie.....	101
B-7	Thoraxchirurgie.....	110

B-8	Urologie .....	120
B-9	Frauenheilkunde .....	130
B-10	Anästhesiologie und operative Intensivmedizin.....	140
B-11	Diagnostische und Interventionelle Radiologie.....	145
B-12	Palliativmedizin .....	152
B-13	Nephrologie, Angiologie und Rheumatologie .....	158
<b>C</b>	<b>Qualitätssicherung .....</b>	<b>169</b>
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	169
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	314
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .....	314
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	314
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V .....	314
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V .....	316
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	317
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr.....	317
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien .....	321
<b>D</b>	<b>Qualitätsmanagement .....</b>	<b>323</b>
D-1	Qualitätspolitik .....	323
D-2	Qualitätsziele .....	324
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements .....	325
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements.....	325
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte.....	328
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements .....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>

## Einleitung



### Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

<b>Funktion</b>	Qualitätsmanagerin
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Frau Carsta Seidel
<b>Telefon</b>	0511/927-7543
<b>Fax</b>	0511/927-976683
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:carsta.seidel@krh.de">carsta.seidel@krh.de</a>

### Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

<b>Funktion</b>	Ärztlicher Direktor KRH Klinikum Mitte
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Dr. med. Michael Stufler
<b>Telefon</b>	0511/927-6010
<b>Fax</b>	0511/927-976010
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:michael.stufler@krh.de">michael.stufler@krh.de</a>

### Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses: [siloah.krh.de](http://siloah.krh.de)

Link zu weiterführenden Informationen:

## 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 Siloah
Hausanschrift	Stadionbrücke 4 30459 Hannover
Zentrales Telefon	0511/927-0
Fax	0511/927-977000
Zentrale E-Mail	<a href="mailto:Info.Siloah@krh.de">Info.Siloah@krh.de</a>
Postanschrift	KRH Klinikum Siloah Stadionbrücke 4 30459 Hannover
Institutionskennzeichen	260321781
Standortnummer aus dem Standortregister	772721000
Standortnummer (alt)	00
URL	<a href="https://www.krh.de/">https://www.krh.de/</a>

## Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Michael Stufler
Telefon	0511/927-6010
Fax	0511/927-986020
E-Mail	<a href="mailto:michael.stufler@krh.de">michael.stufler@krh.de</a>

## Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin	
Funktion	Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name	Frau Bärbel Krauthoff
Telefon	0511/927-6031
Fax	0511/927-976020
E-Mail	<a href="mailto:baerbel.krauthoff@krh.de">baerbel.krauthoff@krh.de</a>

## Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin	
Funktion	Geschäftsführender kaufmännischer Direktor
Titel, Vorname, Name	Herr Tobias Vaasen
Telefon	0511/927-6021
Fax	0511/927-976020
E-Mail	<a href="mailto:tobias.vaasen@krh.de">tobias.vaasen@krh.de</a>

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger	
Name	KRH Klinikum Region Hannover
Art	Öffentlich

## A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhausart	
Krankenhausart	Universitätsklinikum

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

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

## A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		
NM40	Empfangs- und Begleitedienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besucher durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter		wird angeboten
NM42	Seelsorge		
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		"Montagsvisite" als Informationsveranstaltung zu verschiedenen medizinischen Themen der Fachkliniken jeden ersten Mittwoch im Monat, ausgesetzt seit 2020
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)		Eingang auf religiöse und kulturelle Gewohnheiten
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		kein Schwimmbad

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen	
<b>Funktion</b>	Inklusionsbeauftragte
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Frau Christine Kretzschmar
<b>Telefon</b>	0511/906-7551
<b>Fax</b>	0511/906-7759
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:christine.kretzschmar@krh.de">christine.kretzschmar@krh.de</a>



---

## A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

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

## A-8            Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1           Forschung und akademische Lehre

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

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

## 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><a href="https://akademie.krh.de/ausbildung/physiotherapie">https://akademie.krh.de/ausbildung/physiotherapie</a></p>
HB07	Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA)	<p>Im Klinikum Region Hannover stehen zentral in der unternehmenseigenen Akademie Ausbildungsplätze zur Verfügung. Die praktische Ausbildung erfolgt im OP des Klinikum Siloahs.</p> <p><a href="https://akademie.krh.de/ausbildung/operationstechnische-assistenz">https://akademie.krh.de/ausbildung/operationstechnische-assistenz</a></p>
HB10	Hebamme und Entbindungspfleger	<p>Die Ausbildung läuft bis August 2023 aus und wird dann in Kooperation mit der Medizinischen Hochschule Hannover angeboten.</p> <p><a href="https://akademie.krh.de/praktisches-jahr/hebammenwissenschaft">https://akademie.krh.de/praktisches-jahr/hebammenwissenschaft</a></p>

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB15	Anästhesietechnische Assistentin und Anästhesietechnischer Assistent (ATA)	<p>Im Klinikum Region Hannover stehen zentral in der unternehmenseigenen Akademie Ausbildungsplätze zur Verfügung.</p> <p><a href="https://akademie.krh.de/ausbildung/anaesthesietechnische-assistenz">https://akademie.krh.de/ausbildung/anaesthesietechnische-assistenz</a></p>
HB18	Notfallsanitäterinnen und –sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)	<p>Die Ausbildung wird nicht angeboten, jedoch stehen im Klinikum Region Hannover Plätze für den praktischen Einsatz zur Verfügung.</p>
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	<p>Im Klinikum Region Hannover stehen zentral in der unternehmenseigenen Akademie Ausbildungsplätze zur Verfügung. Die praktische Ausbildung erfolgt im Klinikum Siloah.</p> <p><a href="https://akademie.krh.de/ausbildung/pflegefachkraft">https://akademie.krh.de/ausbildung/pflegefachkraft</a></p>
HB20	Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	<p>Im Klinikum Region Hannover stehen zentral in der unternehmenseigenen Akademie Ausbildungsplätze zur Verfügung - in Kooperation mit der Medizinischen Hochschule Hannover.</p> <p><a href="https://akademie.krh.de/ausbildung/pflegefachkraft">https://akademie.krh.de/ausbildung/pflegefachkraft</a></p>

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

## A-9 Anzahl der Betten

Betten	
Betten	564

## A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	22364
Teilstationäre Fallzahl	338
Ambulante Fallzahl	20162
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: 203,13

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	203,13	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	203,13	
Nicht Direkt	0	

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 108,59

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	108,59	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	108,59	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 4,49

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,49	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,49	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 2,6

**Personal aufgeteilt nach:**



Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,6	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,6	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl: 0

Kommentar: trifft nicht zu

**A-11.2 Pflegepersonal**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

**Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 451,02

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

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	451,02	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	451,02	
Nicht Direkt	0	

**Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

Anzahl Vollkräfte: 209,75

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	209,75	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	209,75	
Nicht Direkt	0	

**Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 2,75

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,75	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,75	
Nicht Direkt	0	

### Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 2,75

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,75	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,75	
Nicht Direkt	0	

### Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

### Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 9,27

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,27	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,27	
Nicht Direkt	0	

**Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

Anzahl Vollkräfte: 3,68

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,68	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,68	
Nicht Direkt	0	

**Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.**

Ausbildungsdauer: 7-8 Semester

**Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 4,96

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,96	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,96	
Nicht Direkt	0	

**Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

Anzahl Vollkräfte: 3,96

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,96	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,96	
Nicht Direkt	0	

**Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

**Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 6,96

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,96	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,96	
Nicht Direkt	0	

### Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 5,69

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,69	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,69	
Nicht Direkt	0	

### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

### Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 6,29

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,29	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,29	
Nicht Direkt	0	

### Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 3,71

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,71	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,71	
Nicht Direkt	0	

### Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

### Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 3,89

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,89	
Ambulant	0	



Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,89	
Nicht Direkt	0	

### Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 1,24

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,24	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,24	
Nicht Direkt	0	

### Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

### Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 1,99

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,99	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,99	
Nicht Direkt	0	

### Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 1,99

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,99	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,99	
Nicht Direkt	0	

### Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

### Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 37,26

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	37,26	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	37,26	
Nicht Direkt	0	

### Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 27,66

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	27,66	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	27,66	
Nicht Direkt	0	

### A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

### A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

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

Anzahl Vollkräfte: 2,99

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,99	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,99	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 16,27

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	16,27	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	16,27	
Nicht Direkt	0	

**SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut**

Anzahl Vollkräfte: 8,42

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,42	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,42	
Nicht Direkt	0	

### **SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe**

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	

### **SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter**

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	

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

Anzahl Vollkräfte: 0,5

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,5	
Nicht Direkt	0	

**SP15 - Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister**

Anzahl Vollkräfte: 0,88

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,88	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,88	
Nicht Direkt	0	

### **SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut**

Anzahl Vollkräfte: 1,94

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,94	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,94	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 0,39

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,39	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,39	
Nicht Direkt	0	

### **SP59 - Notfallsanitäterinnen und –sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)**

Anzahl Vollkräfte: 1

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

## **A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung**

### **A-12.1 Qualitätsmanagement**

#### **A-12.1.1 Verantwortliche Person**

<b>Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements</b>	
<b>Funktion</b>	Qualitätsmanagerin
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Frau Carsta Seidel
<b>Telefon</b>	0511/927-7543
<b>Fax</b>	0511/927-976683
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:carsta.seidel@krh.de">carsta.seidel@krh.de</a>



---

## A-12.1.2 Lenkungs-gremium

Die Besprechungsfrequenz ist unterschiedlich.

Steuerungsgruppen bezüglich der Betriebsorganisation Siloah gesamt treffen sich alle 14 Tage

Steuerungsgruppen der Zentren 6 mal im Jahr

6 interdisziplinäre Qualitätszirkel im Jahr

4 pflegerische Qualitätszirkel im Jahr

Qualitätsmultiplikatorentreffen erfolgen alle 8 Wochen

---

Lenkungs-gremium	
<b>Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche</b>	interdisziplinärer Qualitätszirkel, je Organkrebszentrum und im Krebszentrum, Interne Steuerungsgruppen, Berufsgruppenvertretungen, standortbezogenen Qualitätszirkel onkologische Fachpflege und standortübergreifend Qualitätsmultiplikatoren Treffen, Organisationsentwicklungstreffen
<b>Tagungsfrequenz des Gremiums</b>	Monatlich

---

## A-12.2 Klinisches Risikomanagement

### A-12.2.1 Verantwortliche Person

Angaben zur Person	
<b>Angaben zur Person</b>	Eigenständige Position für Risikomanagement

  

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement	
<b>Funktion</b>	Risikomanagerin
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Frau Carsta Seidel
<b>Telefon</b>	0511/927-7543
<b>Fax</b>	0511/927-976683
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:carsta.seidel@krh.de">carsta.seidel@krh.de</a>

---

## A-12.2.2 Lenkungs-gremium

Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe	
Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe	Ja - Arbeitsgruppe nur Risikomanagement
Beteiligte Abteilung / Funktionsbereich	Zentrale Steuerungsgruppe
Tagungsfrequenz des Gremiums	Halbjährlich

## A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: RM 01 Datum: 15.02.2022	schriftliches Verfahren liegt vor
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		Grundsätzlich finden abteilungsspezifische und übergreifende Programme statt.
RM03	Mitarbeiterbefragungen		
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Name: RM 04 Datum: 22.02.2022	Schriftliches beschreibendes Verfahren liegt vor.
RM05	Schmerzmanagement	Name: RM 05 Datum: 02.03.2022	
RM06	Sturzprophylaxe	Name: RM 06 Datum: 02.03.2022	Ist analog des WHO Standards eingeführt.
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Name: RM 07 Datum: 02.03.2022	Ist analog des WHO Standards eingeführt.
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Name: RM 08 Datum: 06.04.2022	Ein schriftlich beschriebenes Verfahren liegt vor.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Name: RM 09 Datum: 06.05.2022	Ist analog der gesetzlichen Bestimmungen und intern als Verfahren geregelt.
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	- Tumorkonferenzen - Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen - Palliativbesprechungen - Qualitätszirkel	Finden regelmäßig ganzjährig statt.
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		KH Siloah einheitlicher Standard
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten		Arbeitsgrundlage ist eine erweiterte WHO Checkliste, diese wird regelhaft bei allen Patienten und Patientinnen verwendet. Aktualisierung: 04/2022
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust	Name: RM14 Datum: 03.03.2022	Findet regelhaft statt.
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Name: RM 15 Datum: 02.11.2021	Werden geprüft und liegen vor.
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Name: RM 16 Datum: 02.11.2021	Verfahren ist in einem StOP geregelt.
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Name: RM 17 Datum: 04.11.2021	StOPs liegen vor.
RM18	Entlassungsmanagement	Name: RM 18 Datum: 03.11.2021	Ein schriftliches Verfahren liegt vor.

### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem	
<b>Internes Fehlermeldesystem</b>	Ja
<b>Regelmäßige Bewertung</b>	Ja
<b>Tagungsfrequenz des Gremiums</b>	Quartalsweise
<b>Verbesserung Patientensicherheit</b>	CIRS vollumfänglich eingeführt im gesamten KH Siloah

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	22.02.2022
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	
<b>Übergreifendes Fehlermeldesystem</b>	Ja
<b>Regelmäßige Bewertung</b>	Nein

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

## A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

### A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaustygienikern	1	0.5 VK Krankenhaustygienikerin, ergänzt durch Direktor des IMK
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	18	In jeder Fachabteilung gibt es eine/n benannte/n ärztl. Kolleg*in. Krankenhaustygieniker*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)	5	Einige in Teilzeit
Hygienebeauftragte in der Pflege	39	In jeder Fachabteilung gibt es eine beauftragte Pflegekraft, die als Ansprechpartner benannt ist und regelhaft jeweils eine Vertretung.

Hygienekommission	
Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	Halbjährlich

Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission	
<b>Funktion</b>	Ärztlicher Direktor
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Dr. med. Michael Stufler
<b>Telefon</b>	0511/927-6020
<b>Fax</b>	0511/927-976020
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:michael.stufler@krh.de">michael.stufler@krh.de</a>

## 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	
<b>Der Standard liegt vor</b>	Ja
<b>Der Standard thematisiert insbesondere</b>	
<b>a) Hygienische Händedesinfektion</b>	Ja
<b>b) Adäquate Hautdesinfektion der Kathetereinstichstelle</b>	Ja
<b>c) Beachtung der Einwirkzeit</b>	Ja
<b>d) Weitere Hygienemaßnahmen</b>	
- sterile Handschuhe	Ja
- steriler Kittel	Ja
- Kopfhaube	Ja
- Mund-Nasen-Schutz	Ja
- steriles Abdecktuch	Ja
<b>Standard durch Geschäftsführung/Hygiene kom. autorisiert</b>	Ja

2. Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern	
<b>Der Standard liegt vor</b>	Ja
<b>Standard durch Geschäftsführung/Hygiene kom. autorisiert</b>	Ja

### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie

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

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

### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

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

#### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Seit dem Jahr 2020 ist durch die Coronapandemie eine systematische Erfassung des HD Verbrauchs vor allem in Hinblick auf die Aufteilung „Allgemeinstation und Intensivstation“ nur erschwert möglich.

Bis 2020 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.

---



<b>Händedesinfektionsmittelverbrauch</b>	
<b>Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen</b>	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	57,76 ml/Patiententag
<b>Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen</b>	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	99,45 ml/Patiententag
<b>Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs</b>	Teilweise

#### A-12.3.2.5 Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)

<b>MRSA</b>	
<b>Standardisierte Information (MRSA) erfolgt z. B. durch Flyer MRSA-Netzwerke</b>	Ja
<b>Informationsmanagement für MRSA liegt vor</b>	Ja

<b>Risikoadaptiertes Aufnahmescreening</b>	
<b>Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen)</b>	Ja

<b>Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang</b>	
<b>Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren</b>	Ja

#### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
HM01	Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten	URL: <a href="http://www.krankenhausspiegel.de/stadtseite/">http://www.krankenhausspiegel.de/stadtseite/</a>	SGB V, § 137 Krankenhausspiegel Hannover
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	ITS-KISS	Intensivstation und Weaning- Station
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name: MRSA-Plus/ MRE-Netzwerk	
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
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		Findet analog der gesetzlichen und intern festgelegten Verfahren statt.
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		Finden regelmäßig mehrfach im Jahr statt und bei Bedarf.

#### A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja	Die Anliegen gehen bei Beschwerdekoordinatoren ein, werden strukturiert erfasst und direkt bearbeitet. Die Kontaktdaten sind im Internet und Intranet des Unternehmens bekannt gegeben. Auf Ebene des Klinikverbundes wird im zentralen Qualitäts- und Risikomanagement eine systematische Weiterentwicklung des dezentralen Beschwerdemanagements sichergestellt.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja	Es existierte ein schriftlich geregeltes Verfahren zum patientennahen Beschwerdemanagement im Klinikverbund KRH. Dieses Vorgehen umfasst alle benannten Phasen von der Beschwerdestimulation bis zur Beschwerdeauswertung.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja	Jedes mündlich vorgetragene Anliegen wird vertrauensvoll im Beschwerdemanagement behandelt. Im Jahr 2022 wurde zu rund 15 % der Vorgänge die telefonische oder persönliche Kontaktaufnahme gewählt.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja	Das Verfahren zum Umgang mit schriftlichen Beschwerden ist geregelt. Die Anliegen im Zentralen Beschwerdemanagement wurden in 2022 zu 85 % schriftlich vorgetragen.

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

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

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

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden	
Möglich	Ja
Link	<a href="http://www.krh.de">http://www.krh.de</a>
Kommentar	Es sind anonyme Eingaben in das Zentrale Beschwerdemanagement möglich. Diese Form wurde in 2022 allerdings wenig genutzt, da die Meldenden in der Regel an einer aktiven Rückmeldung interessiert sind.

## Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement	
Funktion	Leitung Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Frau Carsta Seidel
Telefon	0511/927-7543
Fax	0511/927-6683
E-Mail	<a href="mailto:carsat.seidel@krh.de">carsat.seidel@krh.de</a>

### Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements

Link zum Bericht	<a href="http://www.krh.de">http://www.krh.de</a>
Kommentar	Ansprechpartner für den Bereich ist Frau Carsta Seidel

## Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher

Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher	
Funktion	Patientenfürsprecher
Titel, Vorname, Name	Herr Dr. med. Dietrich Storp
Telefon	0511/906-1515
E-Mail	<a href="mailto:Patientenfuersprecher.SOH@extern.krh.de">Patientenfuersprecher.SOH@extern.krh.de</a>

### Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprechern

Kommentar	Patientenfürsprecher sind keine Mitarbeiter des KRH Klinikum Region Hannover sondern unabhängige Personen, die sich ehrenamtlich engagieren.
-----------	--

## A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

### A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

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

---

### A-12.5.2 Verantwortliche Person

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

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

  

Verantwortliche Person AMTS	
Funktion	Chefapotheker
Titel, Vorname, Name	Dr. rer. nat. Thomas Vorwerk
Telefon	0511/927-6900
Fax	0511/927-6929
E-Mail	<a href="mailto:thomas.vorwerk@krh.de">thomas.vorwerk@krh.de</a>

---

### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Pharmazeutisches Personal	Anzahl (Personen)
Apothekerinnen und Apotheker	3
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®
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung</li> <li>- Zubereitung durch pharmazeutisches Personal</li> <li>- Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen</li> </ul>	Risikoarzneimittel werden durch pharmazeutisches Personal zubereitet.
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)</li> <li>- Elektronische Unterstützung z. B. bei Bestellung, Herstellung, Abgabe von Arzneimitteln.</li> </ul>	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"> <li>- Fallbesprechungen</li> <li>- Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung</li> <li>- Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)</li> <li>- Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)</li> </ul>	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"> <li>- Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (gegebenenfalls vorläufigen) Entlassbriefs</li> <li>- Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen</li> <li>- Aushändigung des Medikationsplans</li> <li>- bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten</li> </ul>	

#### 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 einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen?**

Ja

**Kommentar**

Es liegt eine Verfahrensanweisung vor. Ergänzend dazu erfolgen Schulungsmaßnahmen für die Mitarbeitenden.

---

### 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

**Kommentar**

Es liegt eine Verfahrensanweisung vor. Ergänzend dazu erfolgen Schulungsmaßnahmen für die Mitarbeitenden.

Nr.	Schutzkonzept	Letzte Überprüfung	Kommentar
SK10	Handlungsempfehlungen zum Umgang/ zur Aufarbeitung aufgetretener Fälle	15.12.2022	12/2022
SK08	Interventionsplan Verbindliches Verfahren zum Vorgehen in Kinderschutzfällen und insbesondere beim Verdacht auf (sexuelle) Gewalt	15.12.2022	12/2022

### A-13 Besondere apparative Ausstattung

Folgende spezielle Geräte sind im Standort und Klinikverbund verfügbar: Spezialultraschallgeräte; Elastographie, MRT-US-Fusionsbiopsie, Laser Greenlight und 2x Holmium, Focal 1 (im Klinikverbund). Zusätzlich ist ein Hybrid OP im Standort vorhanden.

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA01	Angiographiegerät/D SA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja	Gerät am Standort verfügbar.
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	Gerät am Standort verfügbar.
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja	Gerät (e) und Versorgungsleistung im Klinikverbund verfügbar.
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja	Gerät am Standort verfügbar.
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie /-unterstützung		Ja	Gerät am Standort verfügbar.
AA18	Hochfrequenzthermotherapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	-	Gerät am Standort verfügbar.
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	-	Gerät (e) am Standort verfügbar.
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Ja	Gerät am Standort verfügbar.

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA23	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	-	Gerät am Standort verfügbar.
AA32	Szintigraphiescanner/ Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten	-	Gerät (e) am Standort verfügbar. .
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	-	Gerät am Standort verfügbar.
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung im Klinikverbund KRH verfügbar.
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 und Versorgungsleistung im Klinikverbund KRH verfügbar.
AA47	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung im Klinikverbund KRH verfügbar.
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	-	Gerät am Standort verfügbar.
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	-	Gerät am Standort verfügbar.
AA69	Linksherzkatheterlabor	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	Ja	Gerät am Standort verfügbar

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

Zusätzlich ist ein Hybrid OP vorhanden.

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

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

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

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

---

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

<b>Verfügt das Krankenhaus über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde?</b>	<b>Ja</b>
<b>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?</b>	<b>Ja</b>

---

## B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

### B-1 Kardiologie, Rhythmologie, internistische Intensivmedizin

#### B-1.1 Allgemeine Angaben Kardiologie, Rhythmologie, internistische Intensivmedizin

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

#### Ärztliche Leitung

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

#### B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

#### B-1.3 Medizinische Leistungsangebote Kardiologie, Rhythmologie, internistische Intensivmedizin

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Kardiologie, Rhythmologie, internistische Intensivmedizin	Kommentar
VI00	single und multiple Stents	2022 wurden gesamt 674 Patienten mit Stents versorgt
VI00	elektrophysiologische Diagnostik	
VI00	Herzschrittmacher bzw. Defibrillatorimplantation	2022 gesamt 254 Implantationen
VI00	Aggregatwechsel bei einem Herzschrittmacher-System	
VI00	Revision /z.B. Systemwechsel/Explantation/Sondenrevision	
VI00	Herzkatheterlabor	
VI00	Assist Device-Impella, Unterstützung der Herzleistung	
VI00	ASD Verschluss	
VI00	Linksherzkatheter	initial radiale Durchführung: 1404 Fälle diagnostische und interventionelle Linksherzkatheter: 420 Fälle Implantate: 674
VI00	Leistungszahlen Herzkatheterlabor	Verschlüsse von Vorhofseptum-Defekten mittels Katheter: 32 Fälle - davon PFO-Verschlüsse: 30 Fälle - davon ASD-Verschlüsse: 2 Fälle
VI00	Katheterablationen	2022 insgesamt: 206
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	Angio Seal Verschluss-System
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	



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

### B-1.5 Fallzahlen Kardiologie, Rhythmologie, internistische Intensivmedizin

Fallzahlen	
<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	3104
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

### B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

#### B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I50	672	Herzinsuffizienz
2	I21	562	Akuter Myokardinfarkt
3	I48	467	Vorhofflimmern und Vorhofflattern
4	I20	324	Angina pectoris
5	R07	94	Hals- und Brustschmerzen
6	I10	90	Essentielle (primäre) Hypertonie
7	R55	89	Synkope und Kollaps
8	I44	78	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock
9	I47	71	Paroxysmale Tachykardie
10	I49	71	Sonstige kardiale Arrhythmien
11	I25	68	Chronische ischämische Herzkrankheit
12	R00	44	Störungen des Herzschlages

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
13	Q21	34	Angeborene Fehlbildungen der Herzsepten
14	E86	31	Volumenmangel
15	I95	26	Hypotonie

### B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

### B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#### B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-275	1262	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung
2	8-837	910	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen
3	8-933	893	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie
4	8-83b	556	Zusatzinformationen zu Materialien
5	3-052	415	Transösophageale Echokardiographie [TEE]
6	1-266	298	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt
7	8-640	262	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus
8	8-835	253	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen
9	1-265	201	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt
10	8-642	195	Temporäre interne elektrische Stimulation des Herzrhythmus
11	1-274	177	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung
12	5-377	177	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders
13	1-268	176	Kardiales Mapping
14	8-152	155	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax
15	8-98g	107	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern

### B-1.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

### B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

### B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Ran g	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-275	74	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung
2	5-378	72	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators
3	5-377	21	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders

### B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

### B-1.11 Personelle Ausstattung

#### B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

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

### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 21,4

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	21,4	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	21,4	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 145,04673

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 10,22

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,22	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,22	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 303,7182

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF15	Intensivmedizin	Internistische

### B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

#### **Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 27

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	27	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	27	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 114,96296

#### **Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,17

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,17	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,17	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 18258,82353

**Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,4

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,4	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,4	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 7760

**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: 9700

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP08	Kinästhetik	8 VK

### B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

---

## B-2 Hämatologie, Onkologie und Immunologie

### B-2.1 Allgemeine Angaben Hämatologie, Onkologie und Immunologie

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

### Ärztliche Leitung

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

### B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja



### B-2.3 Medizinische Leistungsangebote Hämatologie, Onkologie und Immunologie

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

## B-2.5 Fallzahlen Hämatologie, Onkologie und Immunologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	2185
Teilstationäre Fallzahl	338

## B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C83	277	Nicht follikuläres Lymphom
2	C90	276	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen
3	C92	197	Myeloische Leukämie
4	C18	80	Bösartige Neubildung des Kolons
5	C91	72	Lymphatische Leukämie
6	C82	71	Follikuläres Lymphom
7	C25	68	Bösartige Neubildung des Pankreas
8	C50	68	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
9	C67	62	Bösartige Neubildung der Harnblase
10	C80	60	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation

### B-2.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

## B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-2.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-543	848	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie
2	8-547	768	Andere Immuntherapie
3	8-542	763	Nicht komplexe Chemotherapie
4	8-522	514	Hochvoltstrahlentherapie
5	1-424	274	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark
6	1-941	215	Komplexe Diagnostik bei myeloischen und lymphatischen Neubildungen
7	8-800	157	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
8	8-144	78	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle
9	8-544	74	Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie
10	8-527	73	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
11	8-529	60	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
12	8-528	59	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
13	1-620	52	Diagnostische Tracheobronchoskopie
14	1-844	39	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle
15	5-410	37	Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen aus Knochenmark und peripherem Blut zur Transplantation und von peripheren Blutzellen zur Transfusion

### B-2.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

### B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#### Onkologische Sprechstunde (AM07)

<b>Ambulanzart</b>	Privatambulanz (AM07)
<b>Kommentar</b>	Diagnostik und Therapie von benignen und malignen hämatologischen und onkologischen Erkrankungen, inkl. Hämostaseologie.

#### Onkologische und hämatologische Ambulanz (AM11)

<b>Ambulanzart</b>	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
<b>Kommentar</b>	Diagnostik und Therapie hämatologischer und onkologischer Erkrankungen

### B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

### B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

### B-2.11 Personelle Ausstattung

#### B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 7,21

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,21	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,21	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 303,05132

**Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften**

Anzahl Vollkräfte: 3,71

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,71	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,71	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 588,94879

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF30	Palliativmedizin
ZF11	Hämostaseologie

### B-2.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 24,54

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	24,54	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	24,54	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 89,0383

### Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 1,68

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,68	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,68	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1300,59524

### Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,23

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,23	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,23	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 9500

### Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 3,57

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,57	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,57	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 612,04482

#### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP08	Kinästhetik	4 VK

### B-2.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

## B-3 Gastroenterologie, Endoskopie, Diabetologie und Akutgeriatrie

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

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

### Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Chefarzt seit 01.06.2022
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Frank Grünhage
Telefon	0511/927-2102
Fax	0511/927-92100
E-Mail	<a href="mailto:frank.gruenhage@krh.de">frank.gruenhage@krh.de</a>
Straße/Nr	Stadionbrücke 4
PLZ/Ort	30449 Hannover
Homepage	<a href="https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/gastroenterologie-interventionelle-endoskopie-diabetologie-und-akutgeriatrie">https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/gastroenterologie-interventionelle-endoskopie-diabetologie-und-akutgeriatrie</a>

### B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja



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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Gastroenterologie, Endoskopie, Diabetologie und Akutgeriatrie	Kommentar
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	Inkl. interdisziplinäre Therapie des diabetischen Fußsyndroms; Spezialisierte Diabetesberatung Diabetisches Fußzentrum, Versorgung komplexer Wundsyndrome mit speziellen Wund- und Behandlungsverfahren u.a. Madentherapie
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	Inkl. Endoskopische Diagnostik (siehe unten) Stuhluntersuchungen Atemteste
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	Hämorrhoidenbehandlung
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	Zentrum für die Behandlung von Lebererkrankungen und deren Komplikationen inkl. Aszitestherapie Varizenligatur TIPS-Anlagen

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Gastroenterologie, Endoskopie, Diabetologie und Akutgeriatrie	Kommentar
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	Diagnostik bei soliden Tumoren des Gastrointestinaltraktes und der Verdauungsorgane inkl. Leber u. Bauchspeicheldrüse; Falldiskussion in der interdisziplinären Fallkonferenz
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	Akutgeriatrische Komplexbehandlung inkl. verschied. therapeutischer Maßnahmen wie Physiotherapie, Ergotherapie u. Logopädie
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	
VI27	Spezialsprechstunde	Refluxsprechstunde, Hepat ologische Sprechstunde (Privat) Sprechstunde Diabetische Wundversorgung (Privat)
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Gastroenterologie, Endoskopie, Diabetologie und Akutgeriatrie	Kommentar
VI35	Endoskopie	Single-Ballon- Enteroskopie; Endosonographie, Spezielle Behandlungsverfahren: Bougierung, Dialatation, Botox-Anwendung, Endoskopische Vollwandresektionen, ESD, Cholangioskopie, Elektrohydraulische Lithotripsie von Gallensteinen (Zertrümmerung), Zenkerdivertikulotomie, Photodynamische Therapie
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	Diagnostik und Therapie inkl. Anwendung moderner Therapeutika (Biologika), Ernährungsberatung
VR06	Endosonographie	Punktionen und Drainagen, Nekrosektomie, Transgastrale Gallengangdrainage

Weitere Medizinische Leistungen werden angeboten:

Gastroenterologische Funktionsdiagnostik - pH-Metrie; Hochauflösende Manometrie, H2- und C13 Atemtests

Spezielle Ultraschallverfahren - Radiofrequenzablation des Gallenganges und der Speiseröhre, Kontrastmittel gestützte Sonographie (CEUS), Punktion und Drainage

Endoskopie:ERC, Gastroskopie, Koloskopie inkl. Polypentherapie, Endoskopische submucosa Dissektion (ESD), Single-Ballon- Enteroskopie; Proktoskopie, Endosonographie,

Kapselendoskopie; Spezielle Behandlungsverfahren:

Bougierung, Dialatation, Botox-Anwendung, Endoskopische Vollwandresektionen, Cholangioskopie, Elektrohydraulische Lithotripsie von Gallensteinen (Zertrümmerung), Zenkerdivertikulotomie, Photodynamische Therapie

### B-3.5 Fallzahlen Gastroenterologie, Endoskopie, Diabetologie und Akutgeriatrie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	2824
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

#### B-3.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	E11	351	Diabetes mellitus, Typ 2
2	K80	177	Cholelithiasis
3	K29	166	Gastritis und Duodenitis
4	K22	116	Sonstige Krankheiten des Ösophagus
5	K57	97	Divertikelkrankheit des Darmes
6	K56	94	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie
7	K21	84	Gastroösophageale Refluxkrankheit
8	K85	67	Akute Pankreatitis
9	F10	65	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
10	K70	65	Alkoholische Leberkrankheit
11	K92	65	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems
12	A09	63	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs
13	K59	58	Sonstige funktionelle Darmstörungen
14	K52	48	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis
15	K83	44	Sonstige Krankheiten der Gallenwege

#### B-3.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
E11	351	Diabetes mellitus, Typ 2
K29	166	Gastritis und Duodenitis
K85	67	Akute Pankreatitis
K70	65	Alkoholische Leberkrankheit
K59	58	Sonstige funktionelle Darmstörungen

## B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-3.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-632	2244	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
2	1-650	1083	Diagnostische Koloskopie
3	1-440	983	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
4	3-035	691	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung
5	5-513	661	Endoskopische Operationen an den Gallengängen
6	1-444	333	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt
7	1-653	299	Diagnostische Proktoskopie
8	3-055	272	Endosonographie der Gallenwege und der Leber
9	3-056	250	Endosonographie des Pankreas
10	1-640	223	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege
11	5-469	206	Andere Operationen am Darm
12	5-452	200	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes
13	8-550	196	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
14	1-642	156	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege
15	5-429	155	Andere Operationen am Ösophagus

### B-3.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1-632	2244	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
1-650	1083	Diagnostische Koloskopie
3-035	691	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung
5-513	661	Endoskopische Operationen an den Gallengängen
3-055	272	Endosonographie der Gallenwege und der Leber
3-056	250	Endosonographie des Pankreas

### B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Prof. Dr. Grünhage	
<b>Ambulanzart</b>	Privatambulanz (AM07)
<b>Kommentar</b>	Erbringung sämtlicher Endoskopien im ambulanten Bereich Sprechstunde Diabetische Wundversorgung Dr. Boeck
<b>Angebotene Leistung</b>	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (VI43)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen (VI30)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (VI10)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas (VI14)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs (VI12)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) (VI11)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen (VI24)
<b>Angebotene Leistung</b>	Endoskopie (VI35)

### B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-650	10	Diagnostische Koloskopie
2	1-444	< 4	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt
3	1-640	< 4	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege
4	5-431	< 4	Gastrostomie
5	5-513	< 4	Endoskopische Operationen an den Gallengängen

### B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

### B-3.11 Personelle Ausstattung

#### B-3.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 18

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	18	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	18	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 156,88889

**Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften**

Anzahl Vollkräfte: 9,13

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,13	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,13	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 309,30997

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF07	Diabetologie
ZF09	Geriatric
ZF30	Palliativmedizin

### 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: 36,22

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	36,22	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	36,22	
Nicht Direkt	0	



Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 77,96797

**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 1,69

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,69	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,69	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1671,00592

**Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,58

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,58	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,58	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 4868,96552

### Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,4

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,4	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,4	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 7060

#### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

## Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

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

### B-3.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

---

## B-4 Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin

### B-4.1 Allgemeine Angaben Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin

#### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin
Fachabteilungsschlüssel	0800
Art	Hauptabteilung

### Ärztliche Leitung

#### Chefärztin oder Chefarzt

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

### B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

#### Angaben zu Zielvereinbarungen

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

### B-4.3 Medizinische Leistungsangebote Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin

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

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

#### B-4.5 Fallzahlen Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin

Fallzahlen	
<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	4998
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

## B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-4.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C34	1149	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
2	J96	647	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert
3	J44	579	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
4	G47	529	Schlafstörungen
5	R91	251	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik der Lunge
6	J15	160	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert
7	J12	115	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert
8	J22	73	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet
9	J90	71	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert
10	J18	60	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
11	J84	55	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten
12	J20	54	Akute Bronchitis
13	C78	53	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
14	A15	50	Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert
15	J06	50	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege

### B-4.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

## B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-4.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-620	2841	Diagnostische Tracheobronchoskopie
2	1-710	2443	Ganzkörperplethysmographie
3	1-711	1737	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität
4	1-715	1413	Sechs-Minuten-Gehtest nach Guyatt
5	1-791	1162	Kardiorespiratorische Polygraphie
6	8-716	813	Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung
7	1-790	661	Polysomnographie
8	1-430	616	Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen
9	3-05f	578	Transbronchiale Endosonographie

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
10	1-426	561	(Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren
11	8-144	422	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle
12	8-542	413	Nicht komplexe Chemotherapie
13	8-522	355	Hochvoltstrahlentherapie
14	8-717	344	Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen
15	8-98g	307	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern

#### B-4.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

#### B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

#### **B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

Trifft nicht zu.

#### **B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Trifft nicht zu.

#### **B-4.11 Personelle Ausstattung**

##### **B-4.11.1 Ärztinnen und Ärzte**

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

#### **Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften**

Anzahl Vollkräfte: 29,77

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	29,77	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	29,77	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 167,88713

#### **Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften**

Anzahl Vollkräfte: 15,05

#### **Personal aufgeteilt nach:**



Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	15,05	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	15,05	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 332,09302

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

#### **B-4.11.2 Pflegepersonal**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

#### **Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 41,89

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	41,89	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	41,89	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 119,31249

**Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 2,08

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,08	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,08	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2402,88462

### Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,04

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,04	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,04	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 124950

### Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,62

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,62	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,62	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 8061,29032

### Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,6

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,6	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,6	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 8330

#### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

## Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

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

### B-4.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

---

## B-5 Allgemein-, Viszeral- und minimalinvasive Chirurgie

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

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

### Ärztliche Leitung

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

### B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

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

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

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

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

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

Fallzahlen	
<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	1630
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

### B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD

#### B-5.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	K40	239	Hernia inguinalis
2	K80	223	Cholelithiasis
3	K35	135	Akute Appendizitis
4	K56	75	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie
5	K43	71	Hernia ventralis
6	K57	67	Divertikelkrankheit des Darmes
7	C78	57	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane



Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
8	C18	51	Bösartige Neubildung des Kolons
9	C20	32	Bösartige Neubildung des Rektums
10	C25	32	Bösartige Neubildung des Pankreas
11	C22	30	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
12	K44	23	Hernia diaphragmatica
13	D37	21	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der Mundhöhle und der Verdauungsorgane
14	C16	18	Bösartige Neubildung des Magens
15	C24	11	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege

### B-5.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
C18	51	Bösartige Neubildung des Kolons
C20	32	Bösartige Neubildung des Rektums
C25	32	Bösartige Neubildung des Pankreas
C22	30	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
C24	11	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege

### B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#### B-5.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-541	407	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums
2	5-511	381	Cholezystektomie
3	5-530	245	Verschluss einer Hernia inguinalis
4	5-470	143	Appendektomie
5	5-502	103	Anatomische (typische) Leberresektion
6	5-455	101	Partielle Resektion des Dickdarmes
7	5-536	86	Verschluss einer Narbenhernie
8	5-454	83	Resektion des Dünndarmes
9	5-501	78	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion)
10	5-543	67	Exzision und Destruktion von peritonealem Gewebe
11	5-467	65	Andere Rekonstruktion des Darmes

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
12	5-484	51	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung
13	5-546	39	Plastische Rekonstruktion von Bauchwand und Peritoneum
14	5-524	33	Partielle Resektion des Pankreas
15	5-987	32	Anwendung eines OP-Roboters

### B-5.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-455	101	Partielle Resektion des Dickdarmes
5-484	51	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung
5-524	33	Partielle Resektion des Pankreas
5-502	103	Anatomische (typische) Leberresektion
5-501	78	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion)

### B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

### B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-530	123	Verschluss einer Hernia inguinalis
2	5-534	56	Verschluss einer Hernia umbilicalis
3	5-535	6	Verschluss einer Hernia epigastrica
4	5-399	4	Andere Operationen an Blutgefäßen
5	5-897	4	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis
6	1-694	< 4	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)
7	5-401	< 4	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße
8	5-531	< 4	Verschluss einer Hernia femoralis
9	5-536	< 4	Verschluss einer Narbenhernie

### B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

### B-5.11 Personelle Ausstattung

#### B-5.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 16,23

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	16,23	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	16,23	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 100,4313

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 9,08

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,08	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,08	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 179,51542

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

### B-5.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 17,76

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	17,76	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	17,76	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 91,77928

**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,17

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,17	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,17	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 9588,23529

**Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,58

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,58	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,58	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2810,34483

### **Medizinische Fachangestellte in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,45

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,45	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,45	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 3622,22222

## Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

## Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

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

### B-5.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

---

## B-6 Gefäßchirurgie

### B-6.1 Allgemeine Angaben Gefäßchirurgie

Klinik für Gefäßchirurgie

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

Zu unseren Schwerpunkten zählen die Therapie von krankhaften Erweiterungen der Hauptschlagader (Aortenaneurysma), Verengungen der Halsschlagader (Carotisstenose) und von Durchblutungsstörungen (pAVK oder arterielle Verschluss-Krankheit). Für jeden Patienten individuell wird im Rahmen des interdisziplinären Zentrums für Gefäßmedizin beraten, ob durch Operation (Bypass oder gefäßerhaltende Rotationsatherektomie), durch interventionelle Behandlungen wie Ballondilatation (PTA) oder Stentimplantation (EVAR), oder eine Kombination der Verfahren, die genannten Hybrideingriffe, das bestmögliche Ergebnis erzielt werden kann.

Besonders Patienten mit komplexen Problemen, zum Beispiel im Rahmen eines Diabetes (diabetisches Fußsyndrom), aber auch Patienten mit Störungen des Fettstoffwechsels profitieren davon.

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

Die Behandlung von venösen Gefäßerkrankungen umfasst das Spektrum von ambulanten Varizenoperationen bis zur operativen Behandlung von fortgeschrittenen Thombosen großer Gefäße.

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

### Ärztliche Leitung

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

### B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja



### B-6.3 Medizinische Leistungsangebote Gefäßchirurgie

Die Klinik für Gefäßchirurgie erfüllt die Strukturvoraussetzungen des GBA für die operative und endovaskuläre Versorgung von Patienten mit Aortenaneurysmen.

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

### B-6.5 Fallzahlen Gefäßchirurgie

Fallzahlen	
<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	631
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

### B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD

#### B-6.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I70	169	Atherosklerose
2	T82	131	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen
3	N18	98	Chronische Nierenkrankheit
4	I71	61	Aortenaneurysma und -dissektion
5	I65	39	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt
6	I74	27	Arterielle Embolie und Thrombose
7	I72	24	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion
8	T81	13	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert
9	E11	11	Diabetes mellitus, Typ 2
10	T87	11	Komplikationen, die für Replantation und Amputation bezeichnend sind

### B-6.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
I70	169	Atherosklerose
N18	98	Chronische Nierenkrankheit
I71	61	Aortenaneurysma und –dissektion
I65	39	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt
I74	27	Arterielle Embolie und Thrombose
I72	24	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion

### B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#### B-6.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-381	380	Endarteriektomie
2	5-380	185	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen
3	5-392	146	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes
4	8-836	129	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention
5	5-865	92	Amputation und Exartikulation Fuß
6	5-38a	82	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen
7	5-393	82	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen
8	5-98a	46	Hybridtherapie
9	5-388	45	Naht von Blutgefäßen
10	5-864	44	Amputation und Exartikulation untere Extremität
11	5-395	43	Patchplastik an Blutgefäßen
12	5-384	35	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta
13	8-840	35	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents
14	5-383	27	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen
15	5-851	21	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie
16	5-382	19	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung
17	5-385	19	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen
18	8-83c	16	Andere (perkutan-)transluminale Gefäßintervention
19	5-056	11	Neurolyse und Dekompression eines Nerven
20	8-771	10	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation

### B-6.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-381	380	Endarteriektomie
5-380	185	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen
5-392	146	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes
8-836	129	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention
5-38a	82	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen
5-393	82	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen
5-98a	46	Hybridtherapie
5-388	45	Naht von Blutgefäßen
5-395	43	Patchplastik an Blutgefäßen
5-384	35	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta
8-840	35	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents
5-383	27	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen
5-385	19	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen

### B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

<b>Ambulanzart</b>	<b>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>
<b>Angebotene Leistung</b>	Aortenaneurysmachirurgie (VC16)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen (VC19)
<b>Angebotene Leistung</b>	Dialyseshuntchirurgie (VC61)
<b>Angebotene Leistung</b>	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen (VC18)
<b>Angebotene Leistung</b>	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen (VC17)
<b>Angebotene Leistung</b>	Portimplantation (VC62)

<b>Ambulanzart</b>	<b>Privatambulanz (AM07)</b>
<b>Angebotene Leistung</b>	Aortenaneurysmachirurgie (VC16)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen (VC19)
<b>Angebotene Leistung</b>	Dialyseshuntchirurgie (VC61)
<b>Angebotene Leistung</b>	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen (VC18)
<b>Angebotene Leistung</b>	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen (VC17)
<b>Angebotene Leistung</b>	Portimplantation (VC62)

### B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-385	12	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen
2	5-392	< 4	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes

### B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

### B-6.11 Personelle Ausstattung

#### B-6.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 7,47

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,47	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,47	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 84,47122

### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,39

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,39	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,39	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 117,06865

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF31	Phlebologie

## B-6.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 4,64

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,64	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,64	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 135,99138

### Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

#### Personal in Fachabteilung

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	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 9014,28571

### **Medizinische Fachangestellte in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,24

### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,24	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,24	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2629,16667

## Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

## Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

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

### **B-6.11.3**      **Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

---

## **B-7**            **Thoraxchirurgie**

### **B-7.1**            **Allgemeine Angaben Thoraxchirurgie**

Klinik für Thoraxchirurgie

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

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

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

---



### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Fachabteilung</b>	Thoraxchirurgie
<b>Fachabteilungsschlüssel</b>	2000
<b>Art</b>	Hauptabteilung

### Ärztliche Leitung

#### Chefärztin oder Chefarzt

<b>Funktion</b>	Chefarzt
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Herr Prof. Dr. med. Hans-Gerd Fieguth
<b>Telefon</b>	0511/927-3300
<b>Fax</b>	0511/92797-3300
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:hans-gerd.fieguth@krh.de">hans-gerd.fieguth@krh.de</a>
<b>Straße/Nr</b>	Stadionbrücke 4
<b>PLZ/Ort</b>	30449 Hannover
<b>Homepage</b>	<a href="https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/thorax-und-gefaesschirurgie">https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/thorax-und-gefaesschirurgie</a>

### B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

#### Angaben zu Zielvereinbarungen

<b>Zielvereinbarung gemäß DKG</b>	Ja
-----------------------------------	----

### B-7.3 Medizinische Leistungsangebote Thoraxchirurgie

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

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

## B-7.5 Fallzahlen Thoraxchirurgie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	363
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-7.6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-7.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C34	99	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
2	C78	53	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
3	J86	40	Pyothorax
4	S27	36	Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe
5	J93	27	Pneumothorax
6	D14	11	Gutartige Neubildung des Mittelohres und des Atmungssystems
7	C37	7	Bösartige Neubildung des Thymus
8	D38	7	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens des Mittelohres, der Atmungsorgane und der intrathorakalen Organe
9	J90	5	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert
10	J94	5	Sonstige Krankheitszustände der Pleura
11	J44	4	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
12	J98	4	Sonstige Krankheiten der Atemwege
13	A15	< 4	Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert
14	A41	< 4	Sonstige Sepsis
15	C38	< 4	Bösartige Neubildung des Herzens, des Mediastinums und der Pleura

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
16	C41	< 4	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels sonstiger und nicht näher bezeichneter Lokalisationen
17	C45	< 4	Mesotheliom
18	C49	< 4	Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe

### B-7.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
C34	99	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
C78	53	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
J86	40	Pyothorax
S27	36	Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe
J93	27	Pneumothorax
D14	11	Gutartige Neubildung des Mittelohres und des Atmungssystems
C37	7	Bösartige Neubildung des Thymus
D38	7	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens des Mittelohres, der Atmungsorgane und der intrathorakalen Organe
J90	5	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert
J94	5	Sonstige Krankheitszustände der Pleura
J44	4	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
J98	4	Sonstige Krankheiten der Atemwege
C38	< 4	Bösartige Neubildung des Herzens, des Mediastinums und der Pleura
C77	< 4	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten
J43	< 4	Emphysem
S22	< 4	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule
C45	< 4	Mesotheliom
J85	< 4	Abszess der Lunge und des Mediastinums

### B-7.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#### B-7.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-322	135	Atypische Lungenresektion
2	5-340	101	Inzision von Brustwand und Pleura
3	5-333	96	Adhäsiolyse an Lunge und Brustwand

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
4	5-324	91	Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge
5	5-344	88	Pleurektomie
6	8-173	71	Therapeutische Spülung (Lavage) der Lunge und der Pleurahöhle
7	5-334	68	Rekonstruktion an Lunge und Bronchien
8	5-345	43	Pleurodese [Verödung des Pleuraspaltes]
9	5-349	37	Andere Operationen am Thorax
10	5-056	15	Neurolyse und Dekompression eines Nerven
11	5-311	14	Temporäre Tracheostomie
12	5-342	14	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Mediastinums
13	5-323	13	Segmentresektion und Bisegmentresektion der Lunge
14	5-343	12	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Brustwand
15	5-985	10	Lasertechnik
16	1-581	6	Biopsie am Mediastinum und anderen intrathorakalen Organen durch Inzision
17	5-312	5	Permanente Tracheostomie
18	5-327	5	Einfache (Pleuro-)Pneum(on)ektomie
19	5-346	5	Plastische Rekonstruktion der Brustwand
20	1-430	< 4	Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen

### B-7.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-322	135	Atypische Lungenresektion
5-340	101	Inzision von Brustwand und Pleura
5-333	96	Adhäsiolyse an Lunge und Brustwand
5-324	91	Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge
5-344	88	Pleurektomie
8-173	71	Therapeutische Spülung (Lavage) der Lunge und der Pleurahöhle
5-334	68	Rekonstruktion an Lunge und Bronchien
5-345	43	Pleurodese [Verödung des Pleuraspaltes]
5-349	37	Andere Operationen am Thorax
5-056	15	Neurolyse und Dekompression eines Nerven
5-311	14	Temporäre Tracheostomie

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-342	14	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Mediastinums
5-323	13	Segmentresektion und Bisegmentresektion der Lunge
5-343	12	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Brustwand
5-985	10	Lasertechnik
1-581	6	Biopsie am Mediastinum und anderen intrathorakalen Organen durch Inzision
5-312	5	Permanente Tracheostomie
5-327	5	Einfache (Pleuro-)Pneum(on)ektomie
5-346	5	Plastische Rekonstruktion der Brustwand
1-691	< 4	Diagnostische Thorakoskopie und Mediastinoskopie

### B-7.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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)
Angebotene Leistung	Lungenchirurgie (VC11)
Angebotene Leistung	Mediastinoskopie (VC59)
Angebotene Leistung	Operationen wegen Thoraxtrauma (VC13)
Angebotene Leistung	Thorakoskopische Eingriffe (VC15)
Angebotene Leistung	Tracheobronchiale Rekonstruktionen bei angeborenen Malformationen (VC12)

Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Angebotene Leistung	Lungenchirurgie (VC11)
Angebotene Leistung	Mediastinoskopie (VC59)
Angebotene Leistung	Operationen wegen Thoraxtrauma (VC13)
Angebotene Leistung	Thorakoskopische Eingriffe (VC15)
Angebotene Leistung	Tracheobronchiale Rekonstruktionen bei angeborenen Malformationen (VC12)

### B-7.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-399	14	Andere Operationen an Blutgefäßen

### B-7.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

### B-7.11 Personelle Ausstattung

#### B-7.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,48

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,48	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,48	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 66,24088

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,44

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,44	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,44	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 81,75676

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF31	Phlebologie

### B-7.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 4,64

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,64	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,64	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 78,23276

**Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

**Personal in Fachabteilung**

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	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 5185,71429

**Medizinische Fachangestellte in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre



## Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,24

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,24	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,24	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1512,5

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	1
PQ01	Bachelor	1 VK
PQ07	Pflege in der Onkologie	1 Vk
PQ12	Notfallpflege	1 VK
PQ18	Pflege in der Endoskopie	2 VK
PQ20	Praxisanleitung	1 VK
PQ21	Casemanagement	0,5 VK

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP08	Kinästhetik	2

## B-7.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

---

## B-8 Urologie

### B-8.1 Allgemeine Angaben Urologie

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

### Ärztliche Leitung

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

### B-8.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

### B-8.3 Medizinische Leistungsangebote Urologie

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

Wann immer möglich werden bevorzugt minimal-invasive Operationstechniken eingesetzt, wie beispielsweise die DaVinci Methode. „Da Vinci“ steht für eine Reihe an Operationsmethoden, die mit einem Operationsroboter, nämlich dem „Da Vinci“ durchgeführt werden (laparoskopische, robotisch assistierte, Operationen mit kleinen Schnitten). Bei der Entfernung von Nierentumoren wird, sofern aus onkologischen und operationstechnischen Gesichtspunkten vertretbar, die Organ-erhaltende Tumorentfernung angestrebt.

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

Zur operativen Behandlung der gutartigen Prostatavergrößerung steht neben dem Verfahren der transurethralen Elektroresektion (TURP) auch die Prostataenukleation mittels modernster Lasertechnologie (HOLEP) zur blutungsarmen Therapie zur Verfügung, die insbesondere bei Patienten mit sehr großer Prostata zu Einsatz kommt.

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

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Urologie	Kommentar
VU14	Spezialsprechstunde	Inkontinenz-Sprechstunde, Tumor-Sprechstunde "second opinion" (zum Einholen einer zweiten Meinung), Nieren- und Harnleitersprechstunde
VU17	Prostatazentrum	Leiter LOA Baltes
VU19	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik	

Weitere Medizinische Leistungsangebote:

Roboter – Assistierte laparoskopische DaVinci-Operationen, Minimalinvasiv mit kurzer Operationszeit und kurzen Aufenthalten. Es werden mehr als 350 DaVinci Operationen im Jahr durchgeführt.

DaVinci Zystektomie mit Ersatzblase

DaVinci Zystektomie mit Iliumconduit

DaVinci Blasenteilentfernung

DaVinci Psoas hitch Operation bei Harnleiterenge

DaVinci Harnleiterersatz - Operation bei Harnleiterenge

DaVinci Nierenabgangsengen-Operationen

DaVinci Nierenteilentfernungen über den Bauchraum und Retroperitoneal

DaVinci Nierenteilentfernungen über den Bauchraum und Retroperitoneal

DaVinci Blasenhaltsengenoperationen (Y-V-Plastik)

DaVinci Radikale Prostatektomien mit Nerverhalt und mit Hood-Technik

DaVinci Nebennierenteilentfernungen

DaVinci Inkontinenzoperationen

Interdisziplinäre DaVinci-Operationen gemeinsam mit der Allgemeinchirurgie bei großen Darmtumoren oder mit der Gynäkologie

Endoskopische Operationen

Harnleiterstein-Operationen flexibel minimalinvasiv mit modernem Laser

ESWL

LASER: Holmiumlaserenukleation (HOLEP) der Prostata auch bei großen Prostaten bis 300ml bei Prostatavergrößerung

Bipolare TURP (Prostatahobelungen mit modernen Methoden ohne Bauchdeckenkatheter)

LASER: Greenlightlaseroperationen bei Prostatavergrößerung bei Prostatavergrößerung

Harnröhrenschlitzungen

Bipolare TURBlase: Entfernung von Blasentumoren

Harnleiter-Operationen flexibel minimalinvasiv mit modernem Laser bei Tumoren oder Engen

Diagnostik bei Prostatakrebs

Moderne MRT der Prostata auch für GKV Versicherte bei Prostatakrebsverdacht

MRT-Ultraschall-Fusionierte, gezielte Biopsie der Prostata mit ausführlichem persönlichen Befundbericht in Narkose perineal über den Damm

Elastographie-Ultraschall-Fusionierte, gezielte Biopsie der Prostata mit ausführlichem persönlichen Befundbericht in lokaler Narkose

Ultraschall gezielte Biopsie der Prostata mit ausführlichem persönlichen Befundbericht in lokaler Narkose

Andere Operationen

Inkontinenzoperationen  
 Operationen an verengten Harnröhren mittels Mundschleimhaut  
 Andere Operationen am Hoden und Genital

Nierenkrebszentrum, DKG Zertifiziert      Leiter OA Stoll  
 Blasenkrebszentrum, DKG Zertifiziert      Leiter OA Lippka  
 Hodenkrebszentrum    Leiterin Fr Özdemir  
 Endourologischen Zentrum    Leiterin GOÄ Brandt  
 Uro-Onkologisches Zentrum, DKG Zertifiziert      Leitung Prof Dr Pelzer  
 DaVinci Zentrum Hannover Mitte      Leitung Prof Dr Pelzer  
 Interdisziplinäres DaVinci Zentrum Hannover SILOAH      Leitung Prof Dr Pelzer

### B-8.5      Fallzahlen Urologie

Fallzahlen	
<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	2710
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

### B-8.6      Hauptdiagnosen nach ICD

#### B-8.6.1      Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	N13	384	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie
2	C61	364	Bösartige Neubildung der Prostata
3	N20	334	Nieren- und Ureterstein
4	C67	323	Bösartige Neubildung der Harnblase
5	N40	212	Prostatahyperplasie
6	N30	114	Zystitis
7	N39	97	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
8	C64	78	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken
9	R77	65	Sonstige Veränderungen der Plasmaproteine
10	N43	58	Hydrozele und Spermatozele

## B-8.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

## B-8.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-8.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-137	975	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]
2	5-573	420	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase
3	5-550	414	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung
4	5-601	412	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe
5	5-562	330	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung
6	5-987	329	Anwendung eines OP-Roboters
7	1-465	246	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Genitalorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren
8	5-985	212	Lasertechnik
9	5-98b	153	Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops
10	8-138	133	Wechsel und Entfernung eines Nephrostomiekatheters
11	5-604	132	Radikale Prostatovesikulektomie
12	5-553	97	Partielle Resektion der Niere
13	5-570	85	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase
14	5-585	57	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra
15	5-622	56	Orchidektomie
16	5-611	54	Operation einer Hydrocele testis
17	5-576	48	Zystektomie
18	5-631	43	Exzision im Bereich der Epididymis
19	5-554	42	Nephrektomie
20	5-565	40	Kutane Harnableitung mit Darminterponat [Conduit] (nicht kontinentes Stoma)

### B-8.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-987	329	Anwendung eines OP-Roboters
5-604	132	Radikale Prostatovesikulektomie
5-553	97	Partielle Resektion der Niere
5-570	85	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase
5-576	48	Zystektomie
5-554	42	Nephrektomie

### B-8.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

### B-8.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-137	75	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]
2	5-640	31	Operationen am Präputium
3	1-661	6	Diagnostische Urethrozystoskopie
4	5-562	6	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung
5	5-611	4	Operation einer Hydrocele testis
6	5-530	< 4	Verschluss einer Hernia inguinalis

### B-8.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

### B-8.11 Personelle Ausstattung

#### B-8.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 12,79



**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,79	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,79	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 211,88428

**Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften**

Anzahl Vollkräfte: 5,24

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,24	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,24	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 517,17557

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

### B-8.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 16,99

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	16,99	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	16,99	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 159,50559

### **Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,91

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,91	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,91	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2978,02198

### **Medizinische Fachangestellte in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,47

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,47	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,47	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 5765,95745

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

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

### B-8.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

## B-9 Frauenheilkunde

### B-9.1 Allgemeine Angaben Frauenheilkunde

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

## Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. Sudip Kundu
Telefon	0511/927-3601
Fax	0511/927-3600
E-Mail	<a href="mailto:sudip.kundu@krh.de">sudip.kundu@krh.de</a>
Straße/Nr	Stadionbrücke 4
PLZ/Ort	30449 Hannover
Homepage	<a href="https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/frauenheilkunde">https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/frauenheilkunde</a>

## B-9.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

## B-9.3 Medizinische Leistungsangebote Frauenheilkunde

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

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

### B-9.5 Fallzahlen Frauenheilkunde

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1029
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-9.6 Hauptdiagnosen nach ICD

#### B-9.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C50	259	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
2	N80	120	Endometriose
3	D25	107	Leiomyom des Uterus
4	D27	44	Gutartige Neubildung des Ovars
5	N81	38	Genitalprolaps bei der Frau
6	N83	34	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri
7	N62	33	Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse]
8	C56	32	Bösartige Neubildung des Ovars
9	C54	30	Bösartige Neubildung des Corpus uteri
10	D05	24	Carcinoma in situ der Brustdrüse [Mamma]

#### B-9.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
C50	259	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
C56	32	Bösartige Neubildung des Ovars
N80	120	Endometriose

## B-9.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-9.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-401	208	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße
2	5-870	193	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe
3	5-702	182	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes
4	1-672	160	Diagnostische Hysteroskopie
5	5-651	131	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe
6	5-681	131	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus
7	5-543	108	Exzision und Destruktion von peritonealem Gewebe
8	5-683	98	Uterusexstirpation [Hysterektomie]
9	5-657	93	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung
10	5-661	85	Salpingektomie
11	5-469	79	Andere Operationen am Darm
12	5-667	79	Insufflation der Tubae uterinae
13	5-690	64	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]
14	5-653	61	Salpingoovariektomie
15	1-471	60	Biopsie ohne Inzision am Endometrium

### B-9.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-870	193	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe
5-683	98	Uterusexstirpation [Hysterektomie]

### B-9.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

### B-9.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Ran g	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-672	108	Diagnostische Hysteroskopie
2	5-690	57	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]
3	1-694	55	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)
4	1-471	40	Biopsie ohne Inzision am Endometrium
5	5-702	38	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes
6	5-870	25	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe



Ran g	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
7	5-681	21	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus
8	5-651	18	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe
9	5-653	11	Salpingoovariektomie

### B-9.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

### B-9.11 Personelle Ausstattung

#### B-9.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 11,9

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11,9	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,9	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 86,47059

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 6,98

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,98	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,98	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 147,4212

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

### B-9.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 9,44

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,44	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,44	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 109,00424

### **Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.**

Ausbildungsdauer: 7-8 Semester

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,08

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,08	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,08	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 12862,5

### **Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,33

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,33	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,33	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 3118,18182

**Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,04

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,04	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,04	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 25725

### Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,3

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,3	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 791,53846

#### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

#### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP23	Breast Care Nurse	0,5

### **B-9.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

---

## B-10 Anästhesiologie und operative Intensivmedizin

### B-10.1 Allgemeine Angaben Anästhesiologie und operative Intensivmedizin

#### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Fachabteilung</b>	Anästhesiologie und operative Intensivmedizin
<b>Fachabteilungsschlüssel</b>	3650
<b>Art</b>	Hauptabteilung

#### Ärztliche Leitung

##### Chefärztin oder Chefarzt

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

### B-10.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

#### Angaben zu Zielvereinbarungen

<b>Zielvereinbarung gemäß DKG</b>	Ja
-----------------------------------	----

### B-10.3 Medizinische Leistungsangebote Anästhesiologie und operative Intensivmedizin

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Anästhesiologie und operative Intensivmedizin
VI38	Palliativmedizin
VX00	Allgemeinanästhesie und Regionalanästhesie (neuroaxial und peripher)
VX00	Intensivmedizin
VX00	Notfallmedizin
VX00	Schmerztherapie
VX00	Organunterstützungs- und ersatzverfahren

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Anästhesiologie und operative Intensivmedizin
VX00	Intensivmedizinische Transporte
VX00	Endoskopische und videoendoskopische Intubation
VX00	Perkutane Dilatationstracheotomie
VX00	Erweiterte hämodynamische Mess- und Überwachungsverfahren
VX00	Intraoperatives und intensivmedizinisches Neuromonitoring
VX00	Perioperative Echokardiographie
VX00	Ultraschallverfahren (gesteuerte Punktion und Regionalanästhesie)

### B-10.5 Fallzahlen Anästhesiologie und operative Intensivmedizin

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-10.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

### B-10.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#### B-10.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-930	2442	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
2	8-831	2068	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
3	1-843	1741	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus
4	8-800	1651	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
5	8-98f	1263	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
6	8-701	478	Einfache endotracheale Intubation
7	1-620	361	Diagnostische Tracheobronchoskopie
8	8-144	139	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle
9	8-910	110	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie
10	8-919	89	Komplexe Akutschmerzbehandlung
11	8-390	69	Lagerungsbehandlung

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
12	1-844	62	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle
13	8-920	14	EEG-Monitoring (mindestens 2 Kanäle) für mehr als 24 h
14	8-900	5	

#### **B-10.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)**

#### **B-10.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Trifft nicht zu.

#### **B-10.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

Trifft nicht zu.

#### **B-10.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Trifft nicht zu.

#### **B-10.11 Personelle Ausstattung**

##### **B-10.11.1 Ärztinnen und Ärzte**

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

#### **Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften**

Anzahl Vollkräfte: 37,66

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	37,66	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	37,66	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0



## Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 21,28

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	21,28	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	21,28	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

## B-10.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 21,31

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	21,31	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	21,31	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

### Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,97

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,97	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,97	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

#### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

#### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP08	Kinästhetik	6
ZP14	Schmerzmanagement	

### **B-10.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

---

## **B-11 Diagnostische und Interventionelle Radiologie**

### **B-11.1 Allgemeine Angaben Diagnostische und Interventionelle Radiologie**

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 Magnetresonanz-Tomographie (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:

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

## Ärztliche Leitung

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

## B-11.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

## B-11.3 Medizinische Leistungsangebote Diagnostische und Interventionelle Radiologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Diagnostische und Interventionelle Radiologie	Kommentar
VR00	Sonstige im Bereich Radiologie	Interventionelle Radiologie
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	
VR07	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)	
VR08	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung	
VR09	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	
VR15	Arteriographie	Suche von Blutungsquellen
VR16	Phlebographie	
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Diagnostische und Interventionelle Radiologie	Kommentar
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	Mamauntersuchung Herzbildgebung Prostatauntersuchung Leberdiagnostik mit leberspezifischen KM
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	MRCP diffusionsgerichtete Bildgebung
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	CT mit 3D CAD bei der Lungendiagnostik CTA Planung der Stentimplantation z.B. Aorta
VR28	Intraoperative Anwendung der Verfahren	
VR41	Interventionelle Radiologie	Angioplastien, einschl. Aortenstent und Carotisstent diagn. CT-gestützte Punktionen therapeutische Drainagenanlagen Shunts TIPS TACE selektive und superselektive Embolisation
VR44	Teleradiologie	
VR47	Tumorembolisation	

### B-11.5 Fallzahlen Diagnostische und Interventionelle Radiologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-11.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

## B-11.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-11.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-222	2266	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
2	3-225	2180	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
3	3-226	2174	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel
4	3-990	2064	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
5	3-993	969	Quantitative Bestimmung von Parametern
6	3-200	947	Native Computertomographie des Schädels
7	3-206	886	Native Computertomographie des Beckens
8	3-207	736	Native Computertomographie des Abdomens
9	3-820	736	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel
10	3-22x	674	Andere Computertomographie mit Kontrastmittel
11	8-836	552	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention
12	3-13d	539	Urographie
13	3-202	534	Native Computertomographie des Thorax
14	3-607	338	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten
15	3-221	334	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel

### B-11.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

## B-11.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

## B-11.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

## B-11.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

## B-11.11 Personelle Ausstattung

### B-11.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 11,3

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11,3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,3	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

**Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften**

Anzahl Vollkräfte: 6,87

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,87	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,87	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0



## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement

### B-11.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

#### **Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

#### **Medizinische Fachangestellte in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

## Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

### **B-11.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

---

## **B-12 Palliativmedizin**

### **B-12.1 Allgemeine Angaben Palliativmedizin**

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
<b>Fachabteilung</b>	Palliativmedizin
<b>Fachabteilungsschlüssel</b>	3752
<b>Art</b>	Hauptabteilung

## Ärztliche Leitung

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

## B-12.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

## B-12.3 Medizinische Leistungsangebote Palliativmedizin

Trifft nicht zu.

## B-12.5 Fallzahlen Palliativmedizin

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	183
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-12.6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-12.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C34	47	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
2	C18	11	Bösartige Neubildung des Kolons
3	C50	10	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
4	C20	9	Bösartige Neubildung des Rektums
5	C25	8	Bösartige Neubildung des Pankreas
6	C16	7	Bösartige Neubildung des Magens
7	C61	7	Bösartige Neubildung der Prostata

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
8	C80	7	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation
9	C15	6	Bösartige Neubildung des Ösophagus
10	C22	6	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge

#### **B-12.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)**

#### **B-12.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

#### **B-12.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-98e	159	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung
2	8-522	63	Hochvoltstrahlentherapie
3	9-984	50	Pflegebedürftigkeit
4	8-527	15	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
5	8-528	11	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
6	8-529	11	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
7	8-982	5	Palliativmedizinische Komplexbehandlung
8	1-844	< 4	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle
9	1-853	< 4	Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle
10	5-210	< 4	Operative Behandlung einer Nasenblutung

#### **B-12.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)**

#### **B-12.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Trifft nicht zu.

#### **B-12.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

Trifft nicht zu.

#### **B-12.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Trifft nicht zu.

#### **B-12.11 Personelle Ausstattung**

#### **B-12.11.1 Ärztinnen und Ärzte**

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

### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 1,97

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,97	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,97	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 92,8934

### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 1,71

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,71	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,71	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 107,01754

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF30	Palliativmedizin
ZF11	Hämostaseologie

### B-12.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 7,48

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,48	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,48	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 24,46524

**Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,75

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,75	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,75	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 244

**Medizinische Fachangestellte in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,12

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,12	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,12	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1525

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

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

### B-12.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

## B-13 Nephrologie, Angiologie und Rheumatologie

### B-13.1 Allgemeine Angaben Nephrologie, Angiologie und Rheumatologie

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



## Ärztliche Leitung

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

## B-13.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

## B-13.3 Medizinische Leistungsangebote Nephrologie, Angiologie und Rheumatologie

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

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

### B-13.5 Fallzahlen Nephrologie, Angiologie und Rheumatologie

Fallzahlen	
<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	2707
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

### B-13.6 Hauptdiagnosen nach ICD

#### B-13.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I70	283	Atherosklerose
2	N17	231	Akutes Nierenversagen
3	I50	182	Herzinsuffizienz
4	N18	174	Chronische Nierenkrankheit
5	T82	146	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen
6	M31	115	Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien
7	I10	108	Essentielle (primäre) Hypertonie
8	A46	71	Erysipel [Wundrose]
9	I80	54	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis
10	A41	51	Sonstige Sepsis

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
11	I26	46	Lungenembolie
12	E87	45	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts
13	N04	43	Nephrotisches Syndrom
14	N30	40	Zystitis

### B-13.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

### B-13.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#### B-13.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-399	264	Andere Operationen an Blutgefäßen
2	8-857	157	Peritonealdialyse
3	8-144	116	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle
4	1-465	106	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Genitalorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren
5	8-542	93	Nicht komplexe Chemotherapie
6	8-152	49	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax
7	8-987	45	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
8	8-547	29	Andere Immuntherapie
9	8-812	27	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen
10	1-424	26	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark
11	1-844	26	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle
12	8-771	23	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation

### B-13.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

### B-13.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

### B-13.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

### B-13.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

## B-13.11 Personelle Ausstattung

### B-13.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 17,46

##### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	17,46	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	17,46	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 155,04009

##### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 6,89

##### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,89	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,89	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 392,88824

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie

### B-13.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 29,36

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	29,36	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	29,36	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 92,20027

**Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.**

Ausbildungsdauer: 7-8 Semester

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,92

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,92	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,92	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2942,3913

**Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 1

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2707

**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,39

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,39	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,39	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 6941,02564



### **Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,29

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,29	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,29	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 9334,48276

### **Medizinische Fachangestellte in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,92

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,92	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,92	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2942,3913

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP08	Kinästhetik	6 Vollkräfte

### **B-13.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

---

## C Qualitätssicherung

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

Leistungsbereich	Fall-	Dokumen	Dokumen	Kommentar
Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	143	100,00 %	143	
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	8	100,00 %	8	

Leistungsbereich	Fall-	Dokumen	Dokumen	Kommentar
Herzschrittmacher- Revision/ Systemw echsel/ Explantati on (09/3)	8	100,00 %	8	
Implantierbare Defibrillat oren - Implantati on (09/4)	33	100,00 %	33	
Implantierbare Defibrillat oren - Aggregat wechsel (09/5)	11	100,00 %	11	

Leistungsbereich	Fall-	Dokumen	Dokumen	Kommentar
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/ Systemwechsel/Explantation (09/6)	7	100,00 %	7	
Karotis-Revaskularisation (10/2)	40	100,00 %	40	
Gynäkologische Operationen (15/1)	372	100,27 %	373	

Leistungsbereich	Fall-	Dokumen	Dokumen	Kommentar
Geburtshilfe (16/1)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fall-	Dokumen	Dokumen	Kommentar
Mammachirurgie (18/1)	263	100,00 %	263	
Dekubitusprophylaxe (DEK)	518	102,51 %	531	
Herzchirurgie (HCH)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fall-	Dokumen	Dokumen	Kommentar
Zählleistungsbereich h Offene chirurgische Aortenklappen- eingriffe (HCH_AK _CHIR)	0		0	In diesem Leistungs- bereich wurde keine dokument- ationspfl- ichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich h Katheterge- stützte Aortenklappen- eingriffe (HCH_AK _KATH)	0		0	In diesem Leistungs- bereich wurde keine dokument- ationspfl- ichtige Leistung erbracht.



Leistungsbereich	Fall-	Dokumen	Dokumen	Kommentar
Zählleistungsbereich h Koronarchirurgische Operationen (HCH_KC )	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich h Offen-chirurgische Mitralklap peneingriffe (HCH_MK _CHIR)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fall-	Dokumen	Dokumen	Kommentar
<p>Zählleistungsbereich h Kathetergestützte Mitralklap peneingri ffe (HCH_MK _KATH)</p>	0		0	<p>In diesem Leistungs bereich wurde keine dokument ationspfl ichtige Leistung erbracht.</p>
<p>Hüftendoprothesenv ersorgung (HEP)</p>	0		0	<p>In diesem Leistungs bereich wurde keine dokument ationspfl ichtige Leistung erbracht.</p>

Leistungsbereich	Fall-	Dokumen	Dokumen	Kommentar
Zählleistungsbereich Hüftendo prothese nimplanta tion (HEP_IMP )	0		0	In diesem Leistungs bereich wurde keine dokument ationspfl ichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fall-	Dokumen	Dokumen	Kommentar
<b>Zählleistungsbereich</b> Hüftendo prothese nwechsel und Kompone ntenwech sel (HEP_WE )	0		0	<b>In diesem</b> <b>Leistungs</b> <b>bereich</b> <b>wurde</b> <b>keine</b> <b>dokument</b> <b>ationspfli</b> <b>chtige</b> <b>Leistung</b> <b>erbracht.</b>

Leistungsbereich	Fall-	Dokumen	Dokumen	Kommentar
Herztransplantationen und Herzunterstützungssysteme (HTXM)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen (HTXM_M KU)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fall-	Dokumen	Dokumen	Kommentar
Zählleistungsbereich Herztransplantation (HTXM_TX)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fall-	Dokumen	Dokumen	Kommentar
Zählleistungsbereich h Knieendo prothese nimplanta tion (KEP_IMP )	0		0	In diesem Leistungs bereich wurde keine dokument ationspfl ichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fall-	Dokumen	Dokumen	Kommentar
<p>Zählleistungsbereich h Knieendo prothese nwechsel und Kompone ntenwech sel (KEP_WE )</p>	0		0	<p>In diesem Leistungs bereich wurde keine dokument ationspfli chtige Leistung erbracht.</p>



Leistungsbereich	Fall-	Dokumen	Dokumen	Kommentar
Leberlebendspende (LLS)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lebertransplantationen (LTX)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fall-	Dokumen	Dokumen	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.

Leistungsbereich	Fall-	Dokumen	Dokumen	Kommentar
Nierenlebenspende 0 (NLS)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Perkutane Koronarinterventionen und Koronangiographie (LKG) (PCI_LKG)	1069	100,09 %	1070	

Leistungsbereich	Fall-	Dokumen	Dokumen	Kommentar
Ambulant erworben e Pneumon ie (PNEU)	377	100,00 %	377	
Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplan tation (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**

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen</b>

Ergebnis-ID	2005
Grundgesamtheit	377
Beobachtete Ereignisse	377
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,98 - 99,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	98,99 - 100,00%
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	268

<b>Beobachtete Ereignisse</b>	<b>268</b>
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>100,00%</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>98,84 - 98,94%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>98,59 - 100,00%</b>
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>-</b>

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>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)</b>

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2006</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	<b>362</b>
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	<b>362</b>
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>100,00%</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>99,02 - 99,09%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>98,95 - 100,00%</b>
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>-</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)</b>



<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>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</b>
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232001_2006</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	<b>261</b>
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	<b>261</b>
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>100,00%</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>98,88 - 98,98%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>98,55 - 100,00%</b>

**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)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2007</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	<b>15</b>
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	<b>15</b>
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>100,00%</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>97,91 - 98,41%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>79,61 - 100,00%</b>
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>-</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)</b>

<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>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</b>
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232002_2007</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	<b>7</b>
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	<b>7</b>
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>100,00%</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>97,54 - 98,24%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>64,57 - 100,00%</b>

**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	214
Beobachtete Ereignisse	209
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	97,66%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,95 - 93,21%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	94,65 - 99,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich
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	222

<b>Beobachtete Ereignisse</b>	<b>216</b>
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>97,30%</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>92,52 - 92,78%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>94,23 - 98,76%</b>
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>-</b>

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Frühmobilisation nach Aufnahme</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin / der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen</b>

Ergebnis-ID	2013
Grundgesamtheit	172
Beobachtete Ereignisse	169
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,26%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,65 - 92,93%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,00 - 99,41%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich
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	122



<b>Beobachtete Ereignisse</b>	<b>121</b>
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>99,18%</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>92,97 - 93,31%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>95,50 - 99,86%</b>
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>-</b>

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt wird, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist</b>

Ergebnis-ID	2028
Grundgesamtheit	271
Beobachtete Ereignisse	262
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	96,68%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,84 - 96,02%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,81 - 98,24%
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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232005_2028</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	<b>198</b>
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	<b>190</b>
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>95,96%</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>95,28 - 95,51%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>92,23 - 97,94%</b>
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>-</b>

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren</b>

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2036</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	<b>259</b>
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	<b>258</b>
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>99,61%</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>98,64 - 98,75%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>97,85 - 99,93%</b>
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>-</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>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</b>
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232006_2036</b>

<b>Grundgesamtheit</b>	<b>187</b>
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	<b>186</b>
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>99,47%</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>98,59 - 98,72%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>97,03 - 99,91%</b>
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>-</b>

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen</b>

Ergebnis-ID	50722
Grundgesamtheit	366
Beobachtete Ereignisse	348
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	95,08%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,64 - 96,77%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	92,36 - 96,87%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich
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	259

<b>Beobachtete Ereignisse</b>	<b>245</b>
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>94,59%</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>96,49 - 96,66%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>91,13 - 96,75%</b>
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>-</b>

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>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</b>

Ergebnis-ID	50778
Grundgesamtheit	224
Beobachtete Ereignisse	16
Erwartete Ereignisse	14,37
Ergebnis (Einheit)	1,11
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 1,91$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,96 - 0,99
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,69 - 1,76
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	321
Beobachtete Ereignisse	33



Erwartete Ereignisse	26,70
Ergebnis (Einheit)	1,24
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,81 - 0,83
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,89 - 1,69
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	97
Beobachtete Ereignisse	17
Erwartete Ereignisse	12,33
Ergebnis (Einheit)	1,38
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,65 - 0,67
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,88 - 2,07

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	268
Beobachtete Ereignisse	54
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	20,15%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	16,67 - 17,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	15,78 - 25,36%
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	377
Beobachtete Ereignisse	81

<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>21,49%</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>18,14 - 18,43%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>17,64 - 25,91%</b>
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>-</b>

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Dekubitusprophylaxe</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)</b>

<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>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)</b>
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52009</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	<b>22253</b>
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	<b>167</b>
<b>Erwartete Ereignisse</b>	<b>89,03</b>
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>1,88</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<b>&lt;= 2,68 (95. Perzentil)</b>
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>1,17 - 1,19</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>1,61 - 2,18</b>

<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich</b>
--	---

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Dekubitusprophylaxe</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>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)</b>

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52326</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	<b>22253</b>
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	<b>120</b>
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>0,54%</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>0,36 - 0,37%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>0,45 - 0,64%</b>
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>-</b>

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Dekubitusprophylaxe</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet</b>

<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben</b>
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>521800</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	<b>22253</b>
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	<b>4</b>
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>0,02%</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>0,01 - 0,01%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>0,01 - 0,05%</b>
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>-</b>

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Dekubitusprophylaxe</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3</b>



<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>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)</b>
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>521801</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	<b>22253</b>
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	<b>40</b>
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>0,18%</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>0,06 - 0,07%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>0,13 - 0,24%</b>

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	113
Beobachtete Ereignisse	106
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	93,81%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 74,46 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	88,41 - 89,07%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	87,76 - 96,97%

<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich</b>
--	---

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis</b>

Ergebnis-ID	10211
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 20,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	7,20 - 8,05%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 35,43%
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	

<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	12,39 - 14,67%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Fehlende Histologie nach isoliertem Ovaryingriff mit Gewebeentfernung</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen</b>

Ergebnis-ID	12874
Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,85 - 1,05%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 16,11%
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	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	1,67
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,18
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,11
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,57 - 4,83



<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich</b>
--	---

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheeter</b>
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52283</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	<b>237</b>
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	<b>6</b>
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>2,53%</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<b>&lt;= 6,59 % (90. Perzentil)</b>
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>3,05 - 3,27%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>1,17 - 5,41%</b>

<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich</b>
--	---

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>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</b>

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>60685</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	<b>126</b>
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	<b>0</b>
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>0,00%</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<b>Sentinel Event</b>
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>0,66 - 0,83%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>0,00 - 2,96%</b>
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich</b>

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie</b>

<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>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</b>
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>60686</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>-</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<b>&lt;= 42,35 % (95. Perzentil)</b>
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>18,56 - 20,07%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>entfällt</b>
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich</b>

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher- Aggregatwechsel</b>
------------------------------	---

<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft
Ergebnis-ID	52307
Grundgesamtheit	46
Beobachtete Ereignisse	46
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,34 - 98,53%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	92,29 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Aggregatwechsel</b>
------------------------------	--

Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	111801
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,30 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,12 - 0,26%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 32,44%

Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich
--	--

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Problemen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2194</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>0,70</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<b>&lt;= 2,69 (95. Perzentil)</b>
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>0,96 - 1,03</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>0,17 - 1,81</b>
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich</b>

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres</b>



Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingte Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	2195
Grundgesamtheit	96
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,38
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,34 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,87 - 1,12
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 9,62

<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich</b>
--	---

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51191</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	<b>143</b>
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	<b>4</b>
<b>Erwartete Ereignisse</b>	<b>1,78</b>
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>2,25</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<b>&lt;= 4,38 (95. Perzentil)</b>
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>0,90 - 1,01</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>0,88 - 5,61</b>

Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich
--	---

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmal ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)
Ergebnis-ID	52139
Grundgesamtheit	150
Beobachtete Ereignisse	97
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	64,67%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	88,34 - 88,76%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	56,74 - 71,86%

Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich
--	---

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ein Index, der prüft, ob die Reizschwelle des Herzschrittmachers im akzeptablen Bereich liegt. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52305</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	<b>492</b>
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	<b>470</b>
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>95,53%</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<b>&gt;= 90,00 %</b>
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>95,03 - 95,20%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>93,32 - 97,03%</b>
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich</b>

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Sondendislokation oder - dysfunktion</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers</b>

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52311</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>-</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<b>&lt;= 3,00 %</b>
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>1,20 - 1,37%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>entfällt</b>
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich</b>

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Leitlinienkonforme Systemwahl</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt</b>

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54140</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	<b>136</b>
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	<b>134</b>
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>98,53%</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<b>&gt;= 90,00 %</b>
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>99,56 - 99,65%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>94,80 - 99,60%</b>
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich</b>

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Dosis-Flächen-Produkt</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>101800</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>0,30</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<b>&lt;= 3,11 (95. Perzentil)</b>
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>0,84 - 0,90</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>0,10 - 0,86</b>
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich</b>

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)</b>



Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	101801
Grundgesamtheit	143
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,60 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,84 - 0,98%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 2,62%

Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich
--	---

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung der Kennzahl	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschieben
Ergebnis-ID	101802
Grundgesamtheit	143
Beobachtete Ereignisse	69
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	48,25%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	50,37 - 51,10%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	40,22 - 56,38%

Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-
--	---

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Indikation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Behandlung der (Herz- )Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich
Ergebnis-ID	101803
Grundgesamtheit	143
Beobachtete Ereignisse	142
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,30%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,11 - 96,39%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,15 - 99,88%

Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich
--	---

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/ Systemwechsel/ Explantation
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)
Ergebnis-ID	51404
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,05
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 7,25 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,05 - 1,38
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 53,70

Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich
--	---

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/ Systemwechsel/ Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers
Ergebnis-ID	52315
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,59 - 1,03%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 32,44%

<p><b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b></p>	<p><b>R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich</b></p>
<p><b>Leistungsbereich (LB)</b></p>	<p><b>Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation</b></p>
<p><b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b></p>	<p><b>Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)</b></p>
<p><b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b></p>	<p><b>Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der eine Korrektur, ein Wechsel oder eine Entfernung des Herzschrittmachers vorgenommen wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt</b></p>

Ergebnis-ID	121800
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,10 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,87 - 1,29%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 32,44%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52321</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	<b>63</b>
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	<b>63</b>
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>100,00%</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<b>&gt;= 95,00 %</b>
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>98,72 - 98,90%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>94,25 - 100,00%</b>
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich</b>

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)</b>



Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Schockgebers (Defibrillators) ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	141800
Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,80 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,12 - 0,30%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 25,88%

Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich
--	---

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Systemwahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) erfolgte nach wissenschaftlichen Empfehlungen
Ergebnis-ID	50005
Grundgesamtheit	33
Beobachtete Ereignisse	33
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,50 - 97,92%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	89,57 - 100,00%

Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich
--	---

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation
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)
Ergebnis-ID	51186
Grundgesamtheit	33
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,15
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,48 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,38
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 22,24

Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich
--	---

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird
Ergebnis-ID	52131
Grundgesamtheit	43
Beobachtete Ereignisse	38
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	88,37%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	91,53 - 92,16%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	75,52 - 94,93%

Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich
--	--

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten
Ergebnis-ID	52316
Grundgesamtheit	107
Beobachtete Ereignisse	101
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	94,39%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,02 - 96,31%

<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>88,30 - 97,40%</b>
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich</b>

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren - Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Sondendislokation oder - dysfunktion</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)</b>
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52325</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	<b>32</b>
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	<b>0</b>
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>0,00%</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<b>&lt;= 3,00 %</b>
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>0,76 - 1,03%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>0,00 - 10,72%</b>

Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich
--	---

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dosis-Flächen-Produkt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei deren Untersuchung eine zu hohe Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	131801
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,58
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,35$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,69 - 0,76
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,16 - 1,87

Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich
--	---

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt



<b>Ergebnis-ID</b>	<b>131802</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	<b>33</b>
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	<b>0</b>
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>0,00%</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<b>&lt;= 2,50 %</b>
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>0,75 - 1,01%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>0,00 - 10,43%</b>
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich</b>

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren - Implantation</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben</b>

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>131803</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	<b>32</b>
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	<b>14</b>
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>43,75%</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>50,03 - 51,46%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>28,17 - 60,67%</b>
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>-</b>

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren - Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres</b>

Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Probleme, die im Zusammenhang mit der Operation auftraten, bei der ein Schockgeber (Defibrillator) eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme), und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	132001
Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,60
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,65 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,92 - 1,08
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 6,20

Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich
--	---

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Probleme, die im Zusammenhang mit der Operation auftraten, bei der ein Schockgeber (Defibrillator) eingesetzt wurde (Infektionen oder Aggregatperforationen), und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	132002
Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,09
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,03 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,82 - 1,20
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 40,02
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation
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)

Ergebnis-ID	51196
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,05
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,13 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 1,23
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 51,76
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel (Sonden des Schockgebers (Defibrillators))

Ergebnis-ID	52324
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,38 - 0,79%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 35,43%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>151800</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	<b>7</b>
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	<b>0</b>
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>0,00%</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<b>&lt;= 2,90 %</b>
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>1,08 - 1,62%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>0,00 - 35,43%</b>
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich</b>

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht</b>



<b>Ergebnis-ID</b>	<b>603</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	<b>29</b>
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	<b>29</b>
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>100,00%</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<b>&gt;= 95,00 %</b>
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>99,08 - 99,38%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>88,30 - 100,00%</b>
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich</b>

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen- chirurgisch</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht</b>

Ergebnis-ID	604
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,55 - 99,79%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	64,57 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch

<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)</b>
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>605</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	<b>22</b>
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	<b>0</b>
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>0,00%</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>1,24 - 1,68%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>0,00 - 14,87%</b>

**Bewertung des  
Stellungnahmeverfahrens**

-

**Leistungsbereich (LB)**

**Karotis-Revaskularisation**

**Bezeichnung der Kennzahl**

**Periprozedurale Schlaganfälle  
oder Todesfälle im  
Krankenhaus bei  
asymptomatischer  
Karotisstenose und  
kontralateraler  
Karotisstenose -  
offen-chirurgisch**

**Allgemeinverständliche  
Bezeichnung der  
Kennzahl**

**Patientinnen und Patienten, die  
eine um mindestens  
60 % verengte  
Halsschlagader und  
keine Beschwerden  
hatten und die im  
Zusammenhang mit  
dem Eingriff einen  
Schlaganfall erlitten  
oder verstorben sind  
und bei denen die  
Halsschlagader auf  
der  
entgegengesetzten  
Körperseite um mehr  
als 75 % verengt war**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>606</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	<b>7</b>
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	<b>0</b>
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>0,00%</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>1,02 - 2,29%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>0,00 - 35,43%</b>
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>-</b>

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen- chirurgisch</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>

Ergebnis-ID	11704
Grundgesamtheit	39
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,79
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,79 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 1,07
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 4,45
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen- chirurgisch

<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>11724</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	<b>39</b>
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	<b>0</b>
<b>Erwartete Ereignisse</b>	<b>0,35</b>
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>0,00</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>0,94 - 1,16</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>0,00 - 9,87</b>
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>-</b>

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt</b>

<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)</b>
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51437</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>-</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<b>&gt;= 95,00 %</b>
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>97,39 - 98,39%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>entfällt</b>



<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind</b>
--	--

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)</b>

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51443</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>-</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<b>&gt;= 95,00 %</b>
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>98,92 - 99,60%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>entfällt</b>
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind</b>

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt</b>

<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)</b>
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51445</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>-</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>1,69 - 2,82%</b>

<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>entfällt</b>
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>-</b>

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt</b>

<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)</b>
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51448</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>-</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>2,72 - 6,25%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>entfällt</b>

Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-
--	---

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind
Ergebnis-ID	51859
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,78 - 3,53%

<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>0,00 - 35,43%</b>
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>-</b>

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)</b>

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51860</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>3,82 - 5,55%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>entfällt</b>
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt</b>



<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51865</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>-</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>0,83 - 1,06</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>entfällt</b>

<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-
<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51873</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>-</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<b>&lt;= 2,81 (95. Perzentil)</b>
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>0,91 - 1,12</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>entfällt</b>
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind</b>

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen- chirurgischer Karotis- Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation</b>

<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während des Krankenhausaufenthaltes einen Schlaganfall oder sind in Zusammenhang mit dem Eingriff verstorben. Bei dem Eingriff wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt</b>
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52240</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>-</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<b>Sentinel Event</b>
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>2,48 - 10,10%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>entfällt</b>

<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich</b>
--	---

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Patientinnen und Patienten, bei denen im Zusammenhang mit dem Eingriff ein Schlaganfall oder eine Durchblutungsstörung des Gehirns aufgetreten ist und die nicht von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie untersucht worden sind</b>

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>161800</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>-</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<b>&lt;= 5,00 %</b>
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>2,34 - 5,20%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>entfällt</b>
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind</b>

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Mammachirurgie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Primäre Axilladisektion bei DCIS</b>

<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden radikal bzw. nahezu vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten)</b>
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2163</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	<b>18</b>
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	<b>0</b>
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>0,00%</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<b>Sentinel Event</b>
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>0,01 - 0,13%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>0,00 - 17,59%</b>
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich</b>

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Mammachirurgie</b>
------------------------------	-----------------------

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	12
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,90 - 3,87%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 24,25%
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	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung

<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt</b>
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51846</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	<b>205</b>
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	<b>204</b>
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>99,51%</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<b>&gt;= 95,00 %</b>
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>98,11 - 98,30%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>97,29 - 99,91%</b>
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich</b>

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Mammachirurgie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Indikation zur Sentinel- Lymphknoten-Biopsie</b>

<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht (in den Wächterlymphknoten siedeln sich die Krebszellen mit hoher Wahrscheinlichkeit zuerst an)</b>
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51847</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	<b>90</b>
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	<b>89</b>
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>98,89%</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<b>&gt;= 90,00 %</b>
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>96,79 - 97,18%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>93,97 - 99,80%</b>
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich</b>

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Mammachirurgie</b>
------------------------------	-----------------------

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	103
Beobachtete Ereignisse	100
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	97,09%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,86 - 99,09%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	91,78 - 99,00%

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.)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52330</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	<b>46</b>
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	<b>46</b>
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>100,00%</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<b>&gt;= 95,00 %</b>
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>99,26 - 99,50%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>92,29 - 100,00%</b>
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich</b>

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Mammachirurgie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Nachresektionsrate</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Folgeoperationen, die notwendig waren, weil die bösartigen Tumore im ersten Eingriff unvollständig oder nur ohne ausreichenden Sicherheitsabstand entfernt wurden</b>

Ergebnis-ID	60659
Grundgesamtheit	153
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	5,88%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 20,77 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	10,41 - 10,91%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	3,13 - 10,80%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS

<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>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</b>
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>211800</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	<b>177</b>
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	<b>177</b>
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>100,00%</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<b>&gt;= 97,82 % (5. Perzentil)</b>
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>99,42 - 99,54%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>97,88 - 100,00%</b>



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	17
Beobachtete Ereignisse	17
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,95 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	94,52 - 95,52%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	81,57 - 100,00%

Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich
--	---

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	63
Beobachtete Ereignisse	62
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,41%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 54,43 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	85,40 - 86,30%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	91,54 - 99,72%

<p><b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b></p>	<p><b>R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich</b></p>
<p><b>Leistungsbereich (LB)</b></p>	<p><b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b></p>
<p><b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b></p>	<p><b>Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie</b></p>
<p><b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b></p>	<p><b>Bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischen Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen war eine geplante Herzkatheteruntersuchung nach wissenschaftlichen Empfehlungen auch erforderlich</b></p>

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56000</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	<b>121</b>
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	<b>81</b>
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>66,94%</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<b>&gt;= 40,97 % (5. Perzentil)</b>
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>64,05 - 64,45%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>58,24 - 74,85%</b>
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich</b>

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Patientinnen und Patienten, bei denen die medizinischen Gründe für die Herzkatheteruntersuchung nicht durch einen krankhaften Befund bestätigt werden konnten</b>

Ergebnis-ID	56001
Grundgesamtheit	158
Beobachtete Ereignisse	58
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	36,71%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 41,48 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	27,71 - 28,11%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	29,49 - 44,41%
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"

<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten</b>
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56003</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	<b>76</b>
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	<b>47</b>
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>61,84%</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<b>&gt;= 67,57 % (5. Perzentil)</b>
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>75,91 - 76,83%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>50,65 - 72,16%</b>
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich</b>

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
------------------------------	--

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	80
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	5,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,98 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,54 - 2,88%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,71 - 11,45%

Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich
--	---

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm <sup>2</sup>
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen lag über dem Schwellenwert von 2.800 cGy x cm <sup>2</sup> (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	56005
Grundgesamtheit	745
Beobachtete Ereignisse	77
Erwartete Ereignisse	86,41
Ergebnis (Einheit)	0,89
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,65 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,88 - 0,90
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,71 - 1,11



<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich</b>
--	---

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Isolierte PCI mit Dosis-Flächen- Produkt über 4.800 cGy x cm<sup>2</sup></b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 4.800 cGy x cm<sup>2</sup> (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>

Ergebnis-ID	56006
Grundgesamtheit	29
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	5,71
Ergebnis (Einheit)	0,88
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 1,14$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,92 - 0,97
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,33 - 1,92
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen- Produkt über 5.500 cGy $\times \text{cm}^2$

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 <sup>2</sup> (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	56007
Grundgesamtheit	354
Beobachtete Ereignisse	46
Erwartete Ereignisse	56,07
Ergebnis (Einheit)	0,82
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,50 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,89 - 0,91
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,61 - 1,08

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	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 0,15$ % (90. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,20 - 0,22%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt

<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich</b>
--	---

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Herzkatheteruntersuchungen, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel verwendet wurde</b>
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56009</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	<b>746</b>
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	<b>16</b>
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>2,14%</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<b>&lt;= 6,86 % (95. Perzentil)</b>
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>4,35 - 4,47%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>1,28 - 3,38%</b>

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)	$\leq 21,93$ % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	16,68 - 17,65%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt

Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich
--	--

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	355
Beobachtete Ereignisse	33
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	9,30%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 16,84 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	9,77 - 10,00%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	6,60 - 12,65%

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	88
Beobachtete Ereignisse	85
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	96,59%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 93,65 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	94,05 - 94,52%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	91,18 - 99,03%



Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich
--	---

**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**

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56016</b>
<b>Grundgesamtheit</b>	<b>296</b>
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	<b>279</b>
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	<b>94,26%</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<b>&gt;= 93,95 % (5. Perzentil)</b>
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	<b>95,23 - 95,39%</b>
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	<b>91,17 - 96,49%</b>
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich</b>

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Dekubitusprophylaxe</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4</b>

<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>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)</b>
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52010</b>
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>S92 - Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden</b>

**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**

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

## **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**

<b>Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene</b>	
<b>Mindestmenge</b>	10
<b>Erbrachte Menge</b>	4
<b>Begründung</b>	Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil es die mindestmengenrelevante Leistung erstmalig erbringt und den Beginn der Leistungserbringung vorab den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen schriftlich mitgeteilt hat (vgl. §§ 6, 7 Mm-R). (MM06)
<b>Erläuterung zur Begründung</b>	Das KH war bis zum 30.6.2022 nur zur Erbringung berechtigt, weil die Leistungen im Nofall erbracht wurden. Ab dem 1.7.2022 bestand die Berechtigung zur Erbringung der Leistung entsprechend der Mindestmengenregelung.

<b>Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene</b>	
<b>Mindestmenge</b>	10
<b>Erbrachte Menge</b>	50

<b>Stammzelltransplantation</b>	
<b>Mindestmenge</b>	25
<b>Erbrachte Menge</b>	23
<b>Begründung</b>	Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Prognose des Krankenhauses für das Berichtsjahr bestätigt hatten. Die Mindestmenge wurde im Berichtsjahr jedoch entgegen der mengenmäßigen Erwartung nicht erreicht. (MM08)
<b>Erläuterung zur Begründung</b>	Nachträgliche Exklusion von Behandlungsfällen wegen Fallprüfungen gemäß § 275C SGB V.

## C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

### C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

<b>Leistungsbereiche</b>	
<b>Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene</b>	
Der Krankenhausstandort ist im Prognosejahr 2024 zur Leistungserbringung berechtigt:	Ja
<b>Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene</b>	
Der Krankenhausstandort ist im Prognosejahr 2024 zur Leistungserbringung berechtigt:	Ja
<b>Stammzelltransplantation</b>	
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	
<b>Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene</b>	
Die Prognose wurde von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt:	Ja
Erreichte Leistungsmenge im Berichtsjahr 2022:	4
Erreichte Leistungsmenge in den Quartalen 2022/3, 2022/4, 2023/1 und 2023/2:	15
<b>Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene</b>	
Die Prognose wurde von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt:	Ja
Erreichte Leistungsmenge im Berichtsjahr 2022:	50
Erreichte Leistungsmenge in den Quartalen 2022/3, 2022/4, 2023/1 und 2023/2:	49
<b>Stammzelltransplantation</b>	
Die Prognose wurde von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt:	Ja
Erreichte Leistungsmenge im Berichtsjahr 2022:	23
Erreichte Leistungsmenge in den Quartalen 2022/3, 2022/4, 2023/1 und 2023/2:	23

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

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

<b>Kommentar</b>	Alle erforderlichen Kriterien sind vom medizinischen Dienst geprüft und bestätigt worden.
------------------	---

#### Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung mit Verfahren der bronchoskopischen Lungenvolumenreduktion beim schweren Lungenemphysem (QSRichtlinie bronchoskopische LVR /QS-RL BLVR) (CQ27)

<b>Kommentar</b>	Das Verfahren wird entsprechend umgesetzt und ist in der Prüfung als bestanden bewertet worden.
------------------	---

## 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)	117
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	93
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	77

## C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

### C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände
Intensivmedizin	MA01AI	Tagschicht	91,67%	12
Intensivmedizin	MA01AI	Nachtschicht	83,33%	12
Intensivmedizin	MB01BI	Tagschicht	58,33%	12
Intensivmedizin	MB01BI	Nachtschicht	91,67%	10
Intensivmedizin	MC01CI	Tagschicht	25,00%	12
Intensivmedizin	MC01CI	Nachtschicht	50,00%	12
Gynäkologie und Geburtshilfe	MA01DI	Tagschicht	100,00%	1
Gynäkologie und Geburtshilfe	MA01DI	Nachtschicht	100,00%	0
Gynäkologie und Geburtshilfe	MC06	Tagschicht	25,00%	11
Gynäkologie und Geburtshilfe	MC06	Nachtschicht	91,67%	12
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin und Kardiologie	MA01DI	Tagschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin und Kardiologie	MA02	Tagschicht	100,00%	1

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin und Kardiologie	MB02_MC02	Tagschicht	100,00%	11
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin und Kardiologie	MB05	Tagschicht	100,00%	9
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin und Kardiologie	MB06	Tagschicht	91,67%	12
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin und Kardiologie	MC05	Tagschicht	100,00%	10
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin und Kardiologie	MZNAAE	Tagschicht	83,33%	12
Allgemeine Chirurgie	MA01DI	Nachtschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie	MA02	Nachtschicht	100,00%	2
Allgemeine Chirurgie	MA04	Nachtschicht	100,00%	6
Allgemeine Chirurgie	MA05	Nachtschicht	100,00%	10
Allgemeine Chirurgie	MA06	Tagschicht	100,00%	11
Allgemeine Chirurgie	MA06	Nachtschicht	100,00%	11
Allgemeine Chirurgie	MB02_MC02	Nachtschicht	91,67%	12
Allgemeine Chirurgie	MB05	Nachtschicht	100,00%	8
Allgemeine Chirurgie	MB06	Nachtschicht	83,33%	12
Allgemeine Chirurgie	MC05	Nachtschicht	100,00%	11



Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände
Allgemeine Chirurgie	MZNAAE	Nachtschicht	100,00%	9
Innere Medizin	MA03	Tagschicht	91,67%	12
Innere Medizin	MA03	Nachtschicht	100,00%	10
Innere Medizin	MB03	Tagschicht	100,00%	9
Innere Medizin	MB03	Nachtschicht	100,00%	7
Innere Medizin	MC03	Tagschicht	100,00%	5
Innere Medizin	MC03	Nachtschicht	100,00%	5
Allgemeine Chirurgie und Innere Medizin	MA04	Tagschicht	100,00%	6
Allgemeine Chirurgie und Innere Medizin	MA05	Tagschicht	100,00%	12
Innere Medizin und Kardiologie	MB04	Tagschicht	100,00%	12
Innere Medizin und Kardiologie	MB04	Nachtschicht	91,67%	11

### C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad
Intensivmedizin	MA01AI	Tagschicht	63,29%
Intensivmedizin	MA01AI	Nachtschicht	68,22%
Intensivmedizin	MB01BI	Tagschicht	46,58%
Intensivmedizin	MB01BI	Nachtschicht	76,99%
Intensivmedizin	MC01CI	Tagschicht	23,01%
Intensivmedizin	MC01CI	Nachtschicht	30,68%
Gynäkologie und Geburtshilfe	MA01DI	Tagschicht	99,21%
Gynäkologie und Geburtshilfe	MA01DI	Nachtschicht	100,00%
Gynäkologie und Geburtshilfe	MC06	Tagschicht	33,15%

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad
Gynäkologie und Geburtshilfe	MC06	Nachtschicht	76,44%
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin und Kardiologie	MA01DI	Tagschicht	99,21%
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin und Kardiologie	MA02	Tagschicht	99,44%
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin und Kardiologie	MB02_MC02	Tagschicht	88,49%
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin und Kardiologie	MB05	Tagschicht	95,04%
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin und Kardiologie	MB06	Tagschicht	66,39%
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin und Kardiologie	MC05	Tagschicht	86,58%
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin und Kardiologie	MZNAAE	Tagschicht	65,21%
Allgemeine Chirurgie	MA01DI	Nachtschicht	100,00%
Allgemeine Chirurgie	MA02	Nachtschicht	99,17%
Allgemeine Chirurgie	MA04	Nachtschicht	94,79%
Allgemeine Chirurgie	MA05	Nachtschicht	93,15%
Allgemeine Chirurgie	MA06	Tagschicht	84,93%
Allgemeine Chirurgie	MA06	Nachtschicht	69,59%

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad
Allgemeine Chirurgie	MB02_MC02	Nachtschicht	62,19%
Allgemeine Chirurgie	MB05	Nachtschicht	85,12%
Allgemeine Chirurgie	MB06	Nachtschicht	83,06%
Allgemeine Chirurgie	MC05	Nachtschicht	87,12%
Allgemeine Chirurgie	MZNAAE	Nachtschicht	91,23%
Innere Medizin	MA03	Tagschicht	63,84%
Innere Medizin	MA03	Nachtschicht	83,29%
Innere Medizin	MB03	Tagschicht	93,97%
Innere Medizin	MB03	Nachtschicht	95,07%
Innere Medizin	MC03	Tagschicht	98,63%
Innere Medizin	MC03	Nachtschicht	98,36%
Allgemeine Chirurgie und Innere Medizin	MA04	Tagschicht	95,89%
Allgemeine Chirurgie und Innere Medizin	MA05	Tagschicht	86,58%
Innere Medizin und Kardiologie	MB04	Tagschicht	84,38%
Innere Medizin und Kardiologie	MB04	Nachtschicht	69,04%

## 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](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 Bereiche didaktisch und praxisbezogen zu vernetzen. Zudem bietet es für Fort- und Weiterbildungsteilnehmende ebenfalls einen Mehrwert das Erlernte in praktischen Übungen anzuwenden. Die Übungssituationen werden in einem späteren Schritt per Kamera an die Klassenkameraden / Kameradinnen in den Klassenräumen übertragen oder aufgezeichnet.

## **D-2            Qualitätsziele**

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

### D-3 Aufbau des einrichtungswinteren Qualitätsmanagements

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

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

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

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

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

### D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

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

#### **Patientenzufriedenheitsbefragung**

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

### **Beschwerdemanagement – Unsere Chance besser zu werden**

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

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

### **Fehlermanagement CIRS (Critical Incident Reporting System)**

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

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

### **Hygienemanagement**

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



Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene ist nach DIN EN ISO 9001:2015 zertifiziert.

## Pflichtschulungen, Unterweisungen und Belehrungen

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

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

## Wissensmanagement/DLS

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



Das DLS (Dokumentenlenkungssystem) ist im KRH die Sammelstelle für Dokumente, wie z.B. Verfahrensanweisungen, Arbeitsanweisungen, Formulare und Informationen. Die Dokumente sind systematisch sortiert, sodass auch die neuen Mitarbeiter zu Beginn eine gute Orientierung erhalten. Das Ziel des DLS ist es Dokumente abteilungsbezogen, strukturiert und aktuell zur Verfügung zu stellen, damit sie schnell und einfach aufzufinden sind.

## Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

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

## Mitarbeiterbefragung

Im Jahr 2020 wurde an allen Krankenhäusern des Klinikverbundes KRH eine Befragung der Pflegekräfte durchgeführt. Es handelte sich um ein Projekt, welches mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss von 2019 – 2021 gefördert wird.

Im Zentrum stand dabei der Zusammenhang zwischen guten Arbeitsbedingungen, Arbeitsfähigkeit in der Pflege und die Zufriedenheit von Patienten. Partnerschaften: Arbeit

und Zukunft e.V. Hamburg, Universität Ulm und BKK Dachverband der Betriebskrankenkassen. Titel: HALT geben.

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

## **D-5 Qualitätsmanagement-Projekte**

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

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

#### **1. Zielsetzungen**

1. Ziel des KRH Krebszentrums am KRH Klinikum Siloah ist es, eine qualifizierte, umfassende und kontinuierliche Behandlung der Patientinnen und Patienten in der Region und überregional zu gewährleisten und sich zu diesem Zweck mit anderen Krankenhäusern und Einrichtungen zu vernetzen. Durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit sollen Früherkennung, Diagnostik, Behandlung und Nachsorge sichergestellt und verbessert werden.
2. Durch das KRH Krebszentrum am KRH Klinikum Siloah wird eine umfassende, flächendeckende und wohnortnahe Behandlung bei Krebserkrankungen sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich sichergestellt. Die Versorgung krebserkrankter Patientinnen und Patienten erfolgt nach wissenschaftlich anerkannten Methoden und entsprechend der aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften.
3. Durch die Entwicklung von übergreifenden und interdisziplinären Strukturen werden vorhandene Ressourcen effektiv genutzt und gesteuert. Externe Audits nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und nach der DIN EN ISO 9001:2015 werden jährlich durchgeführt.

## ONKOLOGISCHES ZENTRUM AM KRH KLINIKUM SILOAH



### 1. Ergebnisqualität und besondere fachliche und fachärztliche Expertise

Im KRH Krebszentrum des KRH Klinikum Siloah werden bösartige Erkrankungen interdisziplinär und interprofessionell nach den aktuellen Leitlinien behandelt. Dies kann neben einer Systemtherapie (Chemotherapie, Immuntherapie, zielgerichtete Therapie, Hormon- Therapie) auch eine Strahlentherapie, eine Operation, eine rein symptomorientierte, palliative Therapie oder eine reine Verlaufskontrolle beinhalten. Die Therapie wird gemeinsam mit den Betroffenen im Rahmen einer interdisziplinären Tumorkonferenz entschieden.

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

Eine Unterstützung durch Selbsthilfegruppen, besonders in der nachstationären Zeit, ist ebenfalls möglich. Die Diagnostik und Therapie erfolgen nach den aktuellen Standards und Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften. Die jährlichen Qualitätskontrollen durch die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) schaffen zusätzliche Sicherheit für die Patientinnen und Patienten.

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

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



### Übersicht DKG Zertifizierungen Klinikum Region Hannover KRH Standort Siloah

Nr.	Bezeichnung	Erstzertifizierung
1	KRH Krebszentrum	2012
2	Zentrum für Lymphome, Leukämien und Multiples Myelom	2021
3	Uroonkologisches Zentrum (Prostata, Niere, Blase)	2020
3a	Prostatakrebszentrum	2011
3b	Nierenkrebszentrum	2020
3c	Blasenkrebszentrum	2021
4	Viszeralonkologisches Zentrum (mit Darm, Pankreas)	2016

Nr.	Bezeichnung	Erstzertifizierung
4a	Darmkrebszentrum	2011
4b	Pankreaskarzinomzentrum	2016
5	Brustkrebszentrum	2005
6	Gynäkologisches Krebszentrum	2019
7	Lungenkrebszentrum	2010

## Das KRH Krebszentrum am Klinikum KRH Siloah

**Zentrumsleiter:** Herr Prof. Dr. Dr. Müller

**Erstzertifizierung:** 2012

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

Im KRH Krebszentrum des KRH Klinikums Siloah werden bösartige Erkrankungen interdisziplinär und interprofessionell nach den aktuellen Leitlinien behandelt. Dies kann neben einer Chemotherapie auch eine Strahlentherapie, eine Operation oder eine reine Verlaufskontrolle beinhalten. Die Therapie wird gemeinsam mit den Betroffenen im Rahmen einer interdisziplinären Tumorkonferenz entschieden.

**Maßnahme:** Jährliche erfolgreiche Zertifizierungen und Weiterentwicklung des KRH Krebszentrums mit den integrierten Organkrebszentren: Lungenkrebszentrum, Brustzentrum, gynäkologisches Krebszentrum, Zentrum für Lymphome, Leukämien und Multiples Myelom, Viszeralonkologisches Zentrum mit integriertem Pankreaskarzinom und Darmkrebszentrum, Uroonkologisches Zentrum bestehend aus dem Blasen-, Nieren- und dem Prostatakarzinomzentrum sowie Kopf-Hals-Tumorzentrum und Neuroonkologisches Zentrum, nach den Richtlinien der Deutschen Krebsgesellschaft.

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

## Lungenkrebszentrum

**Zentrumsleiter:** Herr Prof. Dr. Fieguth, Herr Prof. Dr. Fühner

**Erstzertifizierung:** 2010

**Ausgangsbasis:** Das Lungenkrebszentrum ist seit 2010 durchgängig zertifiziert und bietet an Krebs Erkrankten aus der gesamten Region Expertise in der Diagnostik und Therapie von Lungenkrebs und Pleuramesotheliom. Durch die Vernetzung und Kooperation mit verschiedenen Partnerinnen und Partnern ist eine optimale

Therapieplanung möglich. In der wöchentlichen Tumorkonferenz werden jeweils die bestmöglichen Therapieansätze besprochen. Moderne thoraxchirurgische Verfahren inklusive VATS Lobektomie wie auch moderne strahlentherapeutische Verfahren inklusive stereotaktische Bestrahlung und Gamma-Knife gehören zum Standardrepertoire des Lungenkrebszentrums. Moderne Lungenkrebstherapie beinhaltet neben operativen oder strahlentherapeutischen Verfahren auch Systemtherapien wie Chemotherapien Immuntherapien oder moderne zielgerichtete Therapien.

Molekularpathologische Ansätze (das heißt die Untersuchung des Tumorgewebes auf bestimmte Zielrezeptoren) gehört zur Basis der Diagnostik. Zur weiteren Optimierung ist das Lungenkrebszentrum in das von der Bundesregierung geforderte Projekt „Netzwerkzentrum Genomische Medizin“ aufgenommen worden. Dieses ist ein bundesweiter Zusammenschluss von Expertinnen und Experten in der Diagnostik und Therapie des Lungenkrebses.

**Maßnahmen:** Ein Antrag zur Aufnahme in das nationale Netzwerk Genomische Medizin (nNGM) wurde gestellt.

**Ergebnis:** Das Zentrum wurde in das nNGM aufgenommen und unterstützt somit eine bundesweit harmonisierte und qualitätsgesicherte molekulare Diagnostik für Lungenkrebspatientinnen und -patienten.

### **Uroonkologisches Zentrum (Prostata, Niere, Blase)**

#### **Zentrumsleiter:**

**Uroonkologisches Zentrum:** Herr Prof. Dr. A. Pelzer, MBA  
**Erstzertifizierung:** 2020

**Prostatakrebszentrum** Herr Dr. Baltes  
**Erstzertifizierung:** 2011

**Nierenkrebszentrum** Herr Dr. Khaffaf  
**Erstzertifizierung:** 2020

**Blasenkrebszentrum:** Herr Dr. Lippka  
**Erstzertifizierung:** 2021

**Ausgangslage:** Durch enge Kooperationen mit den anderen Abteilungen des KRH sind optimale Voraussetzungen für die interdisziplinäre, individuelle Krankenversorgung gegeben, von denen insbesondere Patientinnen und Patienten mit komplexen Krankheitsbildern profitieren. Innerhalb der von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten onkologischen Zentren (Prostatakarzinomzentrum und Onkologisches

Zentrum) stehen individuell optimierte, interdisziplinär abgestimmte Behandlungskonzepte, die auf aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen, zur Verfügung. Die Betroffenen profitieren von einer engen Zusammenarbeit aller wichtigen Fachdisziplinen, wie unter anderem Urologie, Onkologie, Thoraxchirurgie, Viszeralchirurgie, Nephrologie und Strahlentherapie. Auch jenseits der rein medizinischen Behandlung erfolgt mit Hilfe des Kollegiums der Psychoonkologie und des Sozialdienstes eine umfassende Versorgung.

**Maßnahmen:** Um die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit urologischen Tumoren weiter auszubauen wurden in 2022 die bereits etablierten Zentrumsstrukturen hinsichtlich der Behandlung von Patienten mit Hodentumoren ausgebaut. Eine Erst-Zertifizierung als Hodenkrebszentrum durch die Deutsche Krebsgesellschaft wird für das Jahr 2023 angestrebt. Weiterhin beteiligt sich das Zentrum an vielen eigeninitiierten sowie gesponserten Studien im Bereich der Urologie.

**Ergebnis:** Der Antrag auf Erst-Zertifizierung als Hodenkrebszentrum konnte gestellt werden, nachdem alle nötigen Strukturen geschaffen worden sind. Das externe Audit wird im Mai 2023 erfolgen.

### **DaVinci Zentrum Hannover Mitte**

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

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

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

**Ergebnis:** Mittelweile wurden mehrere Personen des ärztlichen Dienstes als DaVinci-Operateur\*innen ausgebildet. Nahezu alle Prostataktomien, Nierenkrebsoperationen und Zystektomien werden mittlerweile mit dem Da Vinci-System durchgeführt.

Wir können mit unserer Erfahrung sehr sicher die nierenerhaltenden Operationen bei Nierenkrebs, potenz- und kontinenzhaltenden Operationen bei Prostatakrebs sowie große Operationen bei Blasenkrebs operieren. Dabei gehen wir am DaVinci Zentrum Hannover Mitte zunehmend neue, hochmoderne Wege der Operation – insbesondere bei Niere und Prostata, um noch schonender und funktionserhaltender zu operieren. Dazu gehören insbesondere die Hood-Technik bei DaVinci-Prostataktomien zum bestmöglichen Erhalt der Körperfunktionen, die nierenerhaltenden Operationen auch bei großen Nierentumoren, die sogenannten Salvage-Operationen und die intrakorporale

Neoblasenanlage beim Blasenkrebs. Insgesamt wird ein komplettes Angebot der DaVinci-Operationen angeboten.

### **Viszeralonkologisches Zentrum (Darm, Pankreas)**

**Zentrumsleiter:** Herr Prof. Dr. Mall

**Erstzertifizierung Viszeralonkologisches Zentrum:** 2016

**Erstzertifizierung Darmkrebszentrum:** 2010

**Erstzertifizierung Pankreaskarzinomzentrum:** 2016

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

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

**Ergebnis:** Mit der Erstzertifizierung im Jahre 2010 wurde der Grundstein für eine langjährig interdisziplinär gewachsene und ständig verbesserte leitliniengerechte Therapie des KRK im Standort Siloah gelegt. Kontinuierliche Re-Zertifizierungen sind das Ergebnis des klinikeigenen Anspruchs eine bestmögliche und komplexe interdisziplinäre Behandlung anzubieten. Die Themen Prävention/Früherkennung, Identifikation von Risikogruppen, diagnostische und therapeutische Endoskopie, chirurgische Therapie, onkologisch-strahlentherapeutische Therapie (adjuvant, neoadjuvant, bei Metastasierung) sowie die Nachsorge werden vollumfänglich in unserer Klinik zusammen mit verschiedenen Partnerinnen und Partnern abgebildet.

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

Eine enge Kooperation mit der Klinik für Gastroenterologie des Klinikums Siloah wird im Kontext der Früherkennung fokussiert und konnte im Jahre 2022 fortgeführt werden.



## **Brustkrebszentrum**

**Zentrumsleiter:** Frau PD Dr. Ursula Hille- Betz seit 01.01.2022

**Erstzertifizierung:** 2005

**Ausgangslage:** In 2004 wurde die Entscheidung getroffen, ein kooperatives Brustzentrum zu gründen. Da die zunehmende Entstehung des Brustkarzinoms bekannt ist, zählen nicht nur die Operation, Strahlen- und Chemotherapie, sondern auch die Prävention sowie die Vorsorge zu einer strukturierten Therapie zu dieser Krebsform. Die optimale Patientenversorgung steht dabei stets im Mittelpunkt. Die Versorgung erfolgt bei Diagnostik, Versorgung und Behandlung nach den Leitlinien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und der Deutschen Gesellschaft für Senologie (DGS).

**Maßnahmen:** Projektvorbereitung und Schaffung aller notwendigen Strukturen auf der Grundlage der Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft in den Standorten KH Siloah, Gehrden und Großburgwedel.

**Ergebnis:** In Kooperation wurde in 2005 die Standortübergreifende Zertifizierung des Kooperativen Brustzentrums Stand heute mit den KH Siloah und Gehrden. Mehr als 1.400 Frauen vertrauen sich jährlich stationär dem Kooperativen Brustzentrum an, über 4.000 Frauen lassen sich ambulant behandeln. Das Kooperative Brustzentrum arbeitet interdisziplinär sowohl ambulant als auch stationär eng mit dem Kollegium der Fachgebiete Radiologie, Nuklearmedizin, Strahlentherapie, Onkologie, Pathologie, Schmerztherapie, Psychoonkologie sowie Sozialarbeit und Selbsthilfe zusammen. Die Therapiequalität wird jedes Jahr durch OnkoZert und ClarCert überprüft. Seit dem 01.01.2022 hat Frau PD Dr. Hille-Betz die Zentrumsleitung des Brustzentrums am KRH-Standort Siloah übernommen.

## **Gynäkologisches Krebszentrum**

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

**Erstzertifizierung:** 2019

**Ausgangslage:** In 2019 wurden alle vorbereitenden Maßnahmen zur Gründung eines Gynäkologischen Krebszentrum im Siloah durchgeführt. Mit dem Einzug in das KRH Siloah 2015, wurden die Patientinnen mit Gebärmutter-, Gebärmutterhals-, Eierstock- oder Krebs des äußeren Genitales behandelt. Die Versorgung erfolgt bei Diagnostik, Versorgung und Behandlung nach den Leitlinien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG). Die wöchentliche interdisziplinäre Tumorkonferenz sichert den betreuten Frauen das Wissen eines qualifizierten Expertenteams nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft.

**Maßnahmen:** Sicherstellung der Ressourcen Ausbildung, Personal und Weiterbildung in Bezug auf das Erkrankungsbild des genitalen Karzinoms. Um die individuell bestmögliche Behandlung zu gewährleisten, steht ein speziell ausgebildetes Team zur Verfügung.

**Ergebnis:** Mit der Erstzertifizierung im Jahre 2019 wurde der Grundstein für eine interdisziplinär verbesserte leitliniengerechte Therapie des genitalen Karzinoms im KRH-Standort Siloah gelegt. Dabei wird unsere Arbeit vom erfahrenen Kollegium der

Fachbereiche Psychoonkologie, Soziale Dienste sowie onkologisch geschulten Pflege unterstützt. Kontinuierliche Re- Zertifizierung ist ein Ziel zur Sicherung der bestmöglichen, komplexen interdisziplinären Behandlung für alle Patientinnen.

## **Fachgesellschaftszertifizierungen**

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

## **Interdisziplinäres Zentrum für Gefäßmedizin**

**Leitung:** Herr Dr. Lorenzen

**Erstzertifizierung:** 2012

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

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

**Ergebnis:** Das Zentrum für Gefäßmedizin wurde bereits 2004 als interdisziplinäre Organisationseinheit des Klinikum Oststadt-Heidehaus gegründet. Bereits dort arbeiteten die Abteilungen Angiologie, Gefäßchirurgie und vaskuläre Radiologie eng vernetzt zusammen, um einen optimalen Ablauf und Informationsaustausch in der Diagnostik und

Therapie zu gewährleisten. Als ambulanter Partner wird eng mit der größten angiologischen Gemeinschaftspraxis Hannovers kooperiert. Diese Arbeit konnte nach Bezug des Klinikum Neubaus am Standort Siloah unter noch besseren Rahmenbedingungen wie zum Beispiel einem Hybrid-OP und neuen Katheter Messplätzen erfolgreich fortgeführt werden. Das Gefäßzentrum arbeitet im Klinikum Siloah eng mit dem diabetischen Fußzentrum sowie den Kliniken für Kardiologie, Pneumologie und Nephrologie zusammen. Bereits 2005 wurde das Gefäßzentrum erstmals zertifiziert und seitdem wiederholt durch die drei gefäßmedizinischen Fachgesellschaften für Angiologie, Gefäßchirurgie und Radiologie re-zertifiziert, zuletzt für den Zeitraum: 01.04.2021 - 31.03.2024.

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

## **Diabetologisches Fußzentrum**

**Leitung:** Herr Dr. Boeck

**Erstzertifizierung:** 2013

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

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

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

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

Das Behandlungsteam besteht aus Gefäßmedizinern, Radiologen und (Gefäß-) Chirurgen. So können alle Aspekte der diabetischen Stoffwechseltherapie berücksichtigt werden. Über eine Kooperation mit Orthopädie- Schuhmachern und Orthopädie-Technikern ist ebenfalls die Bereitstellung von notwendigen Hilfsmitteln (z.B. Therapieschuhen) sichergestellt. Das Fußzentrum ist über die regionalen Grenzen hinaus gut etabliert.

## **Weaningzentrum**

**Zentrumsleiter:** Herr Prof. Dr. Fühner, Frau Meyhöfer

**Erstzertifizierung:** 2011

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

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

## **Weaning-Einheit**

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

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

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

## **Heimbeatmung**

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

Personen alle 6-12 Monate unter stationären Bedingungen kontrolliert. Zurzeit finden jährlich ca. 900 Beatmungskontrollen statt. Ein neuer Schwerpunkt ist die Therapie einer Mundstück-Beatmung, die in Einzelfällen den Freiheitsgrad der Betroffenen erweitern kann.

### **Ergebnisse:**

Seit der Umsetzung in 2016 werden regelmäßig ca. 80 Personen pro Jahr mit einer durchschnittlichen Liegezeit von knapp 40 Tagen zur Entwöhnung von der invasiven Beatmung behandelt. Etwa die Hälfte der Patientinnen und Patienten konnte vollständig ohne Beatmung und etwa ein Viertel mit einer nicht-invasiven Maskenbeatmung in die Häuslichkeit entlassen werden.

### **Referenzzentrum für Hernien Chirurgie**

**Zentrumsleiter:** Herr Dr. Hügel

**Erstzertifizierung:** 2015

**Ausgangslage:** Jährlich werden in der Bundesrepublik 350.000 Hernien operiert. Die optimale Versorgung der Brüche stellt nicht selten eine Schwierigkeit dar. Das Kompetenzzentrum für Hernien Chirurgie wurde im Sommer 2021 erfolgreich re-zertifiziert. Im Großraum Hannover stellen wir als eines der Hauptzentren die Versorgung sicher. Qualitativ hochwertig werden die Patientinnen und Patienten individuell nach ihren Befunden maßgeschneidert therapiert.

**Maßnahme:** Unter Durchführung einer Qualitätssicherungsstudie wird die Qualität unter den Augen der Fachgesellschaften DGAV und DHG gemessen und sichergestellt. Eine erneute Re-Zertifizierung ist für 2024 geplant.

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

### **Kompetenzzentrum für chirurgische Erkrankungen der Leber**

**Zentrumsleiter:** Herr Prof. Dr. Fangmann

**Erstzertifizierung:** 2019

**Ausgangssituation:** Jedes Jahr erkranken in Deutschland rund 6.000 Menschen an Leberkrebs, mehr als 25.000 Menschen erkranken außerdem an Lebermetastasen, insbesondere nach Dickdarm- und Enddarmkrebs. Diese Metastasen entstehen oft erst Jahre nach der erfolgten Operation. Viele dieser Erkrankungen sind heilbar, wenn sie früh erkannt und operiert werden. Diese Erkenntnis bildet den Grundstein für unsere Arbeit. Unser Ziel ist es, Lebertumoren und Lebermetastasen bestmöglich zu versorgen. Dazu gehört zunächst die Aufklärung und Vorsorge, ebenso die Früherkennung sowie die

darauffolgende Diagnostik. Die anschließende Therapie erfolgt medikamentös oder operativ, je nachdem wie es die Erkrankung erfordert. Wir arbeiten eng mit anderen Fachabteilungen aus dem ambulanten und stationären Bereich zusammen, z.B. mit dem Kollegium der Gastroenterologie, Onkologie und Strahlentherapie. Dadurch ist es uns möglich, ein optimales Behandlungsergebnis zu erzielen. Unser Betreuungsangebot geht über eine rein medizinische Behandlung hinaus – neben Sozialdienstmitarbeitenden gehören auch Mitarbeiter\*innen der Psychoonkologie zum Team, die jederzeit unterstützen.

**Maßnahme:** Im Jahr 2022 stand die Vorbereitung und Umsetzung der geforderten Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeral Chirurgie für die geplante Re-Zertifizierung in 2023 im Fokus. Eine Steigerung der Zertifizierungs-Stufe (vom Kompetenz- zum Referenzzentrum) wird angestrebt.

**Ergebnis:** Seit September 2019 sind wir ein zertifiziertes Kompetenzzentrum Leberchirurgie der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeral Chirurgie – und damit das erste und einzige seiner Art in ganz Niedersachsen. Für 2023 ist die Re-zertifizierung (im Kontext eines Referenzzentrums) geplant.

## **Nephrologische Schwerpunktlinik – Zentrum für Hypertonie**

**Leitung:** Herr Prof. Dr. Menne

**Erstzertifizierung:** 2019

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

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

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

**Ergebnis:** Die Vorbereitungen zur Erfüllung der Anforderungen als zertifizierte nephrologische Schwerpunktlinik wurden weitergeführt und konnten im Jahr 2019 zu einer erfolgreichen Zertifizierung beitragen. Für das Jahr 2023 wird eine Re-Zertifizierung geplant.

### **1.a Zentrum für Hypertonie**

**Ausgangslage:** Im Rahmen des Umzuges und Zusammenlegung der Kliniken Oststadt-Heidehaus und Siloah wurde bereits 2014 die Klinik für Nieren, Hochdruck- und

Gefäßkrankungen des Klinikums Oststadt-Heidehaus als Zentrum für Hypertensiologie (DHL) zertifiziert. Zwischenzeitlich haben sich die Zertifizierungsbestimmungen geändert, sodass eine erneute Zertifizierung notwendig wurde.

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

**Ergebnis:** Mit allen notwendigen Vorbereitungen wurde begonnen die Zertifizierung einzuleiten. Im vierten Quartal 2019 wurde die Zertifizierung erreicht. Für das Jahr 2023 wird eine Re-Zertifizierung geplant.

### **1. b Nephrologische Schwerpunktlinik**

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

**Maßnahmen:** Die Vorbereitungen wurden abgeschlossen.

**Ergebnis:** Im August 2019 wurde die Klinik erfolgreich als nephrologische Schwerpunktlinik zertifiziert. Für das Jahr 2023 wird eine Re-Zertifizierung geplant.

### **Interdisziplinäres Zentrum für Dialysezugänge (Shuntzentrum)**

**Zentrumsleiter:** Frau Dr. Tidow

**Erstzertifizierung:** 2019

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

**Maßnahme:** Am 25.11.2019 wurde im KRH Klinikum Siloah das Referenzzentrum für Dialysezugänge zertifiziert. Damit liegt ein Zentrum der höchsten Versorgungsstufe für Dialysezugänge im Raum Hannover vor. Die Vorbereitungen für die Re-Zertifizierung im Jahr 2022 wurden in 2022 fokussiert.

**Ergebnisse:** Niereninsuffiziente Personen mit der Notwendigkeit einer Dialysetherapie werden umfassend von den Abteilungen für Nephrologie, Angiologie und Rheumatologie, der Abteilung für interventionelle Radiologie und der Abteilung für Gefäßchirurgie betreut. Vor dem Hintergrund einer stetig wachsenden Anzahl von Betroffenen mit dem begleitend hohen Bedarf an Erstanlagen und Korrekturen von Gefäßzugängen zur Hämodialyse und angesichts der zunehmenden Komorbiditäten dieser Personen haben beteiligte

Fachgesellschaften (Angiologie, DGA, Gefäßchirurgie, DGG, Nephrologie, DGfN und Radiologie, DRG/DeGIR) beschlossen, interdisziplinäre Zentren für Dialysezugänge zu unterstützen und zu zertifizieren. Hierbei wurde auch die Implementierung der pflegerischen Leitlinien und der interdisziplinären Empfehlungen zum Umgang mit Gefäßzugängen unterstützt.

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

### **Kontaktaufnahme:**

1. Dialysepatient\*innen können über die Shuntsprechstunde unter 0511-927-3300 angemeldet werden, um Informationen über einen anstehenden Dialysezugang zu erhalten.
2. Ist eine Aufdehnung eines Dialysezugangs erforderlich, können die Patient\*innen über die Radiologie unter 0511- 927-1600 anmeldet werden.
3. Sollte zunächst eine Dialysetherapie über einen passageren Katheter erforderlich sein, können die Patient\*innen über die Dialyseeinheit unter 0511-927-2415 anmeldet werden.

### **Endometriosezentrum**

**Zentrumsleiter:** Herr Dr. Rios

**Erstzertifizierung:** 2021

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

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

**Ergebnis:** In unserem zertifizierten Endometriose Zentrum arbeitet ein erfahrenes Team mit differenzierter Fachexpertise unter einem Dach zusammen, sodass eine optimale Betreuung der Patientinnen in jeder Behandlungsphase garantiert ist. Wir arbeiten interdisziplinär sowohl ambulant als auch stationär eng mit Kolleginnen und Kollegen der



Fachgebiete Pathologie, Schmerztherapie sowie Sozialarbeit und Selbsthilfe zusammen. Die umfassende Nachsorge in enger Kooperation mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ermöglichen eine durchgehende und umfassende medizinische Versorgung auf höchstem Niveau.

### **Projekt Assist Device - Impella**

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

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

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

### **Projekt FITT STEMI**

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

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

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

## Akutgeriatrie

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

**Maßnahmen:** Mit dem 1. 5. 2015 wird im KRH Klinikum Siloah das Spektrum um eine akutgeriatrische Einheit im Bereich der Klinik für Gastroenterologie erweitert, die von der Oberärztin Frau Dr. med. Leydecker geleitet wird. Seit 2017 wurden die geriatrischen Betten auf 20 Betten erweitert. Neben der akut-medizinischen Behandlung, die ohnehin fester Bestandteil des therapeutischen Konzeptes im KRH Klinikum Siloah ist, hat die geriatrisch frührehabilitative Komplexbehandlung das Ziel, die typischen medizinischen Besonderheiten geriatrischer Patientinnen und Patienten spezifisch aufzugreifen und im Rahmen des stationären Aufenthaltes intensiv zu behandeln. Hierbei steht die Zusammenarbeit eines interdisziplinären Teams in enger Abstimmung mit den Betroffenen sowie deren Angehörigen im Fokus. Zu dem Team gehören Kolleginnen und Kollegen der Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie und der aktivierenden Pflege. Der Sozialdienst stellt die Organisation der häuslichen Versorgung sicher.

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

## D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

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

Infolge eines Geschäftsführungsbeschlusses wurde sich 2018 für die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems nach der ISO 9001 für alle Standorte des KRHs und alle zentralen Bereiche entschieden. Im Rahmen dessen finden jährliche interne und externe

Audits statt. In den einzelnen Kliniken wurden Bereiche nach den Fachgesellschaften zertifiziert. Auf der Grundlage der Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft wurde in dem Jahr 2012 ein Krebszentrum mit verschiedenen Organkrebszentren gegründet und seitdem stetig weiterentwickelt.

## **Kontinuierliche Überwachung und Messung der Dienstleistung**

### **Interne Audits**

Mit den jährlich stattfindenden internen Audits, wird die Umsetzung und Einhaltung der Normen des Qualitätsmanagements der DIN EN ISO 9001:2015 und die geltenden Verfahren und Standards regelmäßig in den zertifizierten Bereichen überprüft. Gleichzeitig werden Umsetzung und Wirksamkeit der formulierten Qualitätsziele geprüft. Interne Audits dienen außerdem dazu, vorhandene Potentiale zu erkennen und Verbesserungen zu veranlassen.

Die internen Audits werden von qualifizierten Auditoren durchgeführt. Eine jährliche Auditplanung und ein dreijähriges Auditprogramm wird durch die Qualitätsmanagementbeauftragte erstellt und nachgehalten. Das Qualitätsmanagementsystem zeigt sich gut etabliert und wirksam.

### **Externe Audits**

Das KRH Klinikum Siloah wird einmal jährlich im Rahmen des externen Audits zur Zertifizierung gemäß DIN EN ISO 9001:2015 von einer unabhängigen und akkreditierten Zertifizierungsstelle auditiert. Zusätzlich werden unter dem Dach des KRH Krebszentrums am Klinikum Siloah die Organzentren jährlich durch die Auditoren der Deutschen Krebsgesellschaft und die Kliniken mit Fachgesellschaftszertifizierungen von Auditoren der Fachgesellschaft innerhalb von drei Jahren geprüft. Alle vorgenommenen Zertifizierungen wurden in 2021 erreicht.

### **Lieferantenbewertung**

Es werden die internen Hauptlieferanten des KRH Klinikum Siloah einmal jährlich bewertet. Die zu erbringenden Dienstleistungen in ihrer Qualität haben direkten Einfluss auf die Versorgung und Zufriedenheit unserer Kundengruppen. Die vereinbarten Dienstleistungen sind vertraglich mit den jeweiligen internen Lieferanten geregelt. Die Ergebnisse werden in den unterschiedlichen Foren vorgestellt und ggf. Maßnahmen der Verbesserung eingeleitet und nachgehalten.

### **Patientenzufriedenheitsbefragungen**

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

## **Fehlermanagement CIRS (Critical Incident Reporting System)**

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

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

## **Beschwerdemanagement – Unsere Chance besser zu werden**

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

## **Benchmark**

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

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