

Strukturierter Qualitätsbericht

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

für das

Berichtsjahr 2024

**KRH Klinikum Neustadt am
Rübenberge**

Inhaltsverzeichnis

-	Einleitung	12
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts.....	16
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	16
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	17
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	17
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	18
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	20
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	21
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen.....	21
A-7.2	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	21
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	23
A-8.1	Forschung und akademische Lehre	23
A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen	23
A-9	Anzahl der Betten	24
A-10	Gesamtfallzahlen	25
A-11	Personal des Krankenhauses	25
A-11.1	Ärztinnen und Ärzte	25
A-11.2	Pflegepersonal.....	27
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal und Genesungsbegleitung in Psychiatrie und Psychosomatik.....	33
A-11.3.1	Therapeutisches Personal	33
A-11.3.2	Genesungsbegleitung.....	33
A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal	33
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	35
A-12.1	Qualitätsmanagement.....	35

A-12.1.1	Verantwortliche Person.....	35
A-12.1.2	Lenkungsgremium	35
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	35
A-12.2.1	Verantwortliche Person.....	35
A-12.2.2	Lenkungsgremium	36
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen.....	36
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	40
A-12.3.1	Hygienepersonal.....	40
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene.....	41
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement.....	46
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS).....	48
A-12.5.1	Verantwortliches Gremium.....	48
A-12.5.2	Verantwortliche Person.....	48
A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal	49
A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen.....	49
A-12.6	Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	52
A-12.6.1	Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen.....	53
A-13	Besondere apparative Ausstattung	54
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V.....	55
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe	55
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung.....	55
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen).....	55
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	56
B-1	Innere Medizin / Kardiologie und Angiologie	56
B-1.1	Allgemeine Angaben Innere Medizin / Kardiologie und Angiologie.....	56

B-1.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	57
B-1.3	Medizinische Leistungsangebote Innere Medizin / Kardiologie und Angiologie ..	57
B-1.5	Fallzahlen Innere Medizin / Kardiologie und Angiologie	58
B-1.6	Hauptdiagnosen nach ICD	59
B-1.6.1	Hauptdiagnosen nach ICD	59
B-1.6.2	Weitere Kompetenzdiagnosen	59
B-1.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	59
B-1.7.1	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	59
B-1.7.2	Weitere Kompetenzprozeduren	60
B-1.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	60
B-1.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	61
B-1.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	61
B-1.11	Personelle Ausstattung	61
B-1.11.1	Ärztinnen und Ärzte	61
B-1.11.2	Pflegepersonal	63
B-1.11.3	Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	67
B-2	Gastroenterologie	67
B-2.1	Allgemeine Angaben Gastroenterologie	67
B-2.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	68
B-2.3	Medizinische Leistungsangebote Gastroenterologie	68
B-2.5	Fallzahlen Gastroenterologie	70
B-2.6	Hauptdiagnosen nach ICD	70
B-2.6.1	Hauptdiagnosen nach ICD	70
B-2.6.2	Weitere Kompetenzdiagnosen	71
B-2.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	71
B-2.7.1	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	71
B-2.7.2	Weitere Kompetenzprozeduren	71

B-2.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	71
B-2.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	73
B-2.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	73
B-2.11	Personelle Ausstattung	73
B-2.11.1	Ärztinnen und Ärzte	73
B-2.11.2	Pflegepersonal	75
B-2.11.3	Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	80
B-3	Pädiatrie und Neonatologie	80
B-3.1	Allgemeine Angaben Pädiatrie und Neonatologie	80
B-3.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	81
B-3.3	Medizinische Leistungsangebote Pädiatrie und Neonatologie	81
B-3.5	Fallzahlen Pädiatrie und Neonatologie	83
B-3.6	Hauptdiagnosen nach ICD	83
B-3.6.1	Hauptdiagnosen nach ICD	83
B-3.6.2	Weitere Kompetenzdiagnosen	84
B-3.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	84
B-3.7.1	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	84
B-3.7.2	Weitere Kompetenzprozeduren	84
B-3.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	84
B-3.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	86
B-3.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	86
B-3.11	Personelle Ausstattung	86
B-3.11.1	Ärztinnen und Ärzte	86
B-3.11.2	Pflegepersonal	88
B-3.11.3	Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	91
B-4	Allgemein Chirurgie	91
B-4.1	Allgemeine Angaben Allgemein Chirurgie	91

B-4.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	92
B-4.3	Medizinische Leistungsangebote Allgemein Chirurgie	92
B-4.5	Fallzahlen Allgemein Chirurgie	93
B-4.6	Hauptdiagnosen nach ICD	93
B-4.6.1	Hauptdiagnosen nach ICD	93
B-4.6.2	Weitere Kompetenzdiagnosen	93
B-4.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	93
B-4.7.1	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	93
B-4.7.2	Weitere Kompetenzprozeduren	94
B-4.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	94
B-4.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	94
B-4.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	95
B-4.11	Personelle Ausstattung	95
B-4.11.1	Ärztinnen und Ärzte	95
B-4.11.2	Pflegepersonal	96
B-4.11.3	Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	100
B-5	Orthopädie, Unfall-, Hand und Wiederherstellungschirurgie	100
B-5.1	Allgemeine Angaben Orthopädie, Unfall-, Hand und Wiederherstellungschirurgie	100
B-5.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	101
B-5.3	Medizinische Leistungsangebote Orthopädie, Unfall-, Hand und Wiederherstellungschirurgie	102
B-5.5	Fallzahlen Orthopädie, Unfall-, Hand und Wiederherstellungschirurgie	103
B-5.6	Hauptdiagnosen nach ICD	103
B-5.6.1	Hauptdiagnosen nach ICD	103
B-5.6.2	Weitere Kompetenzdiagnosen	103
B-5.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	103
B-5.7.1	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	103

B-5.7.2	Weitere Kompetenzprozeduren	104
B-5.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	104
B-5.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	104
B-5.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	105
B-5.11	Personelle Ausstattung	105
B-5.11.1	Ärztinnen und Ärzte	105
B-5.11.2	Pflegepersonal	106
B-5.11.3	Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	109
B-6	Anästhesiologie, Schmerztherapie und Notfallmedizin	109
B-6.1	Allgemeine Angaben Anästhesiologie, Schmerztherapie und Notfallmedizin ...	109
B-6.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	110
B-6.3	Medizinische Leistungsangebote Anästhesiologie, Schmerztherapie und Notfallmedizin	110
B-6.5	Fallzahlen Anästhesiologie, Schmerztherapie und Notfallmedizin	111
B-6.6	Hauptdiagnosen nach ICD	111
B-6.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	111
B-6.7.1	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	111
B-6.7.2	Weitere Kompetenzprozeduren	111
B-6.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	111
B-6.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	112
B-6.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	112
B-6.11	Personelle Ausstattung	112
B-6.11.1	Ärztinnen und Ärzte	112
B-6.11.2	Pflegepersonal	113
B-6.11.3	Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	116
B-7	Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie	117
B-7.1	Allgemeine Angaben Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie	117

B-7.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	118
B-7.3	Medizinische Leistungsangebote Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie	118
B-7.5	Fallzahlen Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie	121
B-7.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	121
B-7.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	121
B-7.7.1	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	121
B-7.7.2	Weitere Kompetenzprozeduren	122
B-7.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	122
B-7.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	124
B-7.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	124
B-7.11	Personelle Ausstattung.....	124
B-7.11.1	Ärztinnen und Ärzte	124
B-7.11.2	Pflegepersonal.....	125
B-7.11.3	Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik.....	126
B-8	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	126
B-8.1	Allgemeine Angaben Frauenheilkunde und Geburtshilfe	126
B-8.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	127
B-8.3	Medizinische Leistungsangebote Frauenheilkunde und Geburtshilfe	127
B-8.5	Fallzahlen Frauenheilkunde und Geburtshilfe	128
B-8.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	128
B-8.6.1	Hauptdiagnosen nach ICD.....	128
B-8.6.2	Weitere Kompetenzdiagnosen	129
B-8.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	129
B-8.7.1	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	129
B-8.7.2	Weitere Kompetenzprozeduren	129
B-8.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	129

B-8.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	131
B-8.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	132
B-8.11	Personelle Ausstattung	132
B-8.11.1	Ärztinnen und Ärzte	132
B-8.11.2	Pflegepersonal	133
B-8.11.3	Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	138
C	Qualitätssicherung	139
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	139
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	139
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung	142
C-1.2 A	Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen	142
C-1.2 A.I	Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch das Stellungnahmeverfahren bedürfen oder für die eine Bewertung des Stellungnahmeverfahrens bereits vorliegt	142
C-1.2 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	240
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	241
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	241
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	241
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	242
C-5.1	Umsetzung der Mm-R im Berichtsjahr	242
C-5.2	Angaben zum Prognosejahr	242
C-5.2.1	Leistungsberechtigung für das Prognosejahr	242
C-5.2.1.a	Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen	242
C-5.2.1.b	Erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung (§ 6 Mm-R)	243

C-5.2.1.c	Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Absatz 5a SGB V) ..	243
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	243
C-6.1	Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)	243
C-6.2	Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)	243
	Jahresnachweis	244
C-6.2.1	Beleg zur Erfüllung der Anforderung der Richtlinie	244
C-6.2.2	Angaben zur Erfüllung der Mindestanforderungen	244
C-6.2.2.1	Allgemeine Mindestanforderungen	244
C-6.2.2.2	Spezifische Mindestanforderungen	246
C-6.2.2.3	Mindestanforderungen an die Prozessqualität	246
C-6.2.3	Kommentar zur Umsetzung der QSFFx-RL	247
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	247
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	247
C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	247
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	249
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)	251
C-9.4	Kommentar zur Umsetzung der PPP-RL	251
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	251
D	Qualitätsmanagement	253
D-1	Qualitätspolitik	253
D-2	Qualitätsziele	254
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	255
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	257
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte	260

D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	260
-----	--	-----

- Einleitung



Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion	Ltg. Stab Krhs. Direktorium
Titel, Vorname, Name	Dipl. Pflegew. (FH) Holger Dorl
Telefon	05032/88-0
Fax	05032/88-1111
E-Mail	Holger.dorl@krh.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof.Dr.med. Jochen Wedemeyer
Telefon	05032/88-1130
Fax	05032/88-1111
E-Mail	info.neustadt@krh.de

Weiterführende Links

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

Link zu weiterführenden Informationen: <http://www.krh.eu>

\widct\par\sb240\sl276\slmult1 Sehr geehrte Leser*in,

wir freuen uns, dass Sie den Qualitätsbericht des KRH Klinikums Neustadt am Rübenberge geöffnet und wir Ihr Interesse an unserer Klinik geweckt haben. Seit mehreren Jahren sind die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser im Abstand von einem Jahr verpflichtet, einen Qualitätsbericht auf der gesetzlichen Grundlage des § 137 Absatz 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu erstellen. Dieser Verpflichtung kommen wir gerne nach und freuen uns, Ihnen auf diesem Wege unseren Qualitätsbericht präsentieren zu dürfen.

Mit dem Qualitätsbericht möchten wir Ihnen einen Einblick in das vielfältige Leistungsspektrum unseres Klinikums und unseres Engagements geben.

Das KRH Klinikum Neustadt am Rübenberge ist für 148.000 Einwohner des Nordwestens der Region Hannover zuständig. Diesem Versorgungsauftrag kommen wir mit 272 Planbetten gerne nach.

Mit unseren Fachkliniken (Klinik für Orthopädie, Unfall-, Hand- u. Wiederherstellungschirurgie, Klinik für Allgemein-, Viszeral- u. Gefäßchirurgie, Medizinische Klinik I für Allgemeine Innere Medizin/Gastroenterologie/Onkologie, Medizinische Klinik II für Kardiologie-, Angiologie-, sowie Internistische Intensivmedizin, Zentrale Notaufnahme, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Klinik für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Abteilung für diagnostische und interventionelle Radiologie und Belegabteilung für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde) stellen wir ihre Versorgung sicher.

Im Rahmen der Steigerung der Qualität- und Prozessverbesserung ist das gesamte Klinikum Neustadt a. Rbge. zertifiziert nach DIN ISO 9001:2015.

Eine Besonderheit für das KRH Klinikum Neustadt am Rübenberge ist die Kooperation mit den Ärzten im Haus für Gesundheit auf dem Gelände des KRH Klinikums Neustadt am Rübenberge mit folgenden Fachärzten/Mietern und anderen Gesundheitsdienstleistern.

Durch die Kooperation mit dem Haus für Gesundheit können wir nachhaltig die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Behandlung optimieren und dadurch die Versorgung der Bevölkerung deutlich verbessern.

Wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre.

Noch ein kleiner Hinweis zu diesem Bericht:

Die Struktur des Berichtes ist gesetzlich vorgeschrieben. Seine Form und sein Inhalt sind für Laien oft schwer verständlich und werden außerdem dem Leistungsspektrum unserer Abteilungen häufig nicht gerecht. Wenn Sie sich über unser Haus ausführlicher informieren möchten, dann empfehlen wir Ihnen unsere Homepage: <https://neustadt.krh.de>.

Auch diesen Bericht dürfen Sie gerne unserer Homepage entnehmen. Unsere Fachabteilungen, mit den jeweiligen Ansprechpartnern, stehen Ihnen für konkrete Fragen jederzeit gerne zur Verfügung.

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Als Familienkrankenhaus, das die Einwohner im Nordwesten der Region und darüber hinaus versorgt, legt das KRRH Klinikum Neustadt am Rübenberge großen Wert auf die persönliche Beziehung von Patient zu Arzt und Pflegekraft. Ihr Wohl als Patient ist das oberste Gebot und täglicher Mittelpunkt unserer Arbeit. Wir bieten Ihnen in Ihrer gesundheitlichen Situation eine sichere Behandlung, Pflege und Versorgung durch qualifizierte und hochmotivierte Mitarbeiter.

Krankenhaus	
Krankenhausname	KRRH Klinikum Neustadt am Rübenberge
Hausanschrift	Lindenstraße 75 31535 Neustadt am Rübenberge
Zentrales Telefon	05032/88-0
Fax	05032/88-1001
Zentrale E-Mail	info.neustadt@krh.de
Postanschrift	Lindenstraße 75 31535 Neustadt a. Rbge.
Institutionskennzeichen	260321510
Standortnummer aus dem Standortregister	772823000
URL	https://neustadt.krh.de/

Ärztliche Leitung

Angaben zur Ärztlichen Leitung des Krankenhausstandorts zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Geschäftsführender Direktor / Ärztlicher Direktor bis 30.04.2024)
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Markus Holtel
Telefon	05032/88-1130
Fax	05032/88-1111
E-Mail	markus.holtel@krh.de

Angaben zur Ärztlichen Leitung des Krankenhausstandorts zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Funktion	Ärztlicher Direktor ab 01.05.2024)
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Jochen Wedemeyer
Telefon	05032/88-1130
Fax	05032/88-1111
E-Mail	kd.neustadt@krh.de

Pflegedienstleitung**Angaben zur Pflegedienstleitung des Krankenhausstandorts zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres**

Funktion	Pflegedirektor
Titel, Vorname, Name	Herr Martin Langsdorf
Telefon	05032/88-1712
Fax	05032/88-1111
E-Mail	Martin.Langsdorf@krh.de

Verwaltungsleitung**Angaben zur Verwaltungsleitung des Krankenhausstandorts zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres**

Funktion	Kaufmännischer Direktor
Titel, Vorname, Name	Herr Manfred Glasmeyer
Telefon	05032/88-1100
Fax	05032/88-1111
E-Mail	kd.neustadt@krh.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger	
Name	Klinikum Region Hannover GmbH
Art	Öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhausart	
Krankenhausart	Akademisches Lehrkrankenhaus
Universität	Medizinische Hochschule Hannover

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP02	Akupunktur	
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP04	Atemgymnastik/-therapie	
MP05	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern	
MP06	Basale Stimulation	
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	In Kooperation mit einem Externen Partner für den Bereich Geriatrie und Stroke Unit.
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP18	Fußreflexzonenmassage	
MP19	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik	
MP21	Kinästhetik	
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP26	Medizinische Fußpflege	
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	Osteopath kommt ins Klinikum Neustadt a. Rbge.
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	

MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	
MP36	Säuglingspflegekurse	
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	
MP41	Spezielles Leistungsangebot von Hebammen/Entbindungspflegern	
MP43	Stillberatung	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	In Kooperation mit einem Externen Partner für den Bereich Geriatrie und Stroke Unit.
MP45	Stomatherapie/-beratung	In Kooperation mit ambulanten Versorgern werden Patienten und Angehörige im Umgang und in der Versorgung künstlicher Darmausgänge stationär und nach Entlassung ambulant begleitet.
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	In Kooperation mit einem Externen Partner
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP50	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik	
MP51	Wundmanagement	Ausgebildete Wundspezialisten sind für die Behandlung von Patienten mit chronischen und komplexen Wunden verantwortlich.
MP53	Aromapflege/-therapie	
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationsstraining	
MP61	Redressionstherapie	
MP63	Sozialdienst	zur Unterstützung sind zusätzlich Casemanagerinnen im Bereich des Sozialdienst eingesetzt

MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien	
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		In unseren Häusern finden regelmäßig Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten zu medizinischen Themen statt.
NM50	Kinderbetreuung		
NM42	Seelsorge		ev. und kath. Krankenhausseelsorge
NM40	Empfangs- und Begleitsdienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besucher durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter		
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen	http://www.kibis-hannover.de/index.php?id=830	KIBIS Kontakt-, Informations- und Beratungsstelle im Selbsthilfebereich
NM07	Rooming-in		
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		

NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)		
NM69	Information zu weiteren nichtmedizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		
NM68	Abschiedsraum		

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Kontaktdaten der Person oder Einrichtung zur Beratung und Unterstützung von Menschen mit Beeinträchtigung oder ihren Angehörigen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Funktion	Inklusionsbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Frau Christine Kretzschmar
Telefon	0511/906-7551
Fax	0511/906-7759
E-Mail	christine.kretzschmar@krh.de

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Die Barrierefreiheit in den B Teil des Bericht sind alle im in diesem Teil beschrieben und somit im B Teil des Qualitätsberichtes nicht noch einmal ausgewiesen, um eine Doppelung zu vermeiden.

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	
BF11	Besondere personelle Unterstützung	
BF24	Diätische Angebote	
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF18	OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	

BF19	Röntgeneinrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF20	Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF22	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	
BF05	Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen	
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen	
BF21	Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF25	Dolmetscherdienst	Wird bei Bedarf von extern angefordert.
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
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB03	Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut	Im Klinikum Region Hannover stehen zentral in der unternehmenseigenen Akademie Ausbildungsplätze zur Verfügung. Im Rahmen des Studienganges Physiotherapie B. Sc. stehen Ausbildungsplätze in Kooperation mit der HAWK Hildesheim zur Verfügung. https://akademie.krh.de/ausbildung/physiotherapie
HB07	Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA)	Im Klinikum Region Hannover stehen zentral in der unternehmenseigenen Akademie Ausbildungsplätze zur Verfügung. https://akademie.krh.de/ausbildung/operationstechnische-assistenz

HB15	Anästhesietechnische Assistentin und Anästhesietechnischer Assistent (ATA)	Im Klinikum Region Hannover stehen zentral in der unternehmenseigenen Akademie Ausbildungsplätze zur Verfügung. https://akademie.krh.de/ausbildung/anaesthesietechnische-assistenz
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	Im Klinikum Region Hannover stehen zentral in der unternehmenseigenen Akademie Ausbildungsplätze zur Verfügung. https://akademie.krh.de/ausbildung/pflegefachfrau/pflegefachmann
HB20	Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	Im Klinikum Region Hannover stehen zentral in der unternehmenseigenen Akademie Ausbildungsplätze zur Verfügung, in Kooperation mit der Hochschule Hannover. https://akademie.krh.de/ausbildung/pflegefachfrau/pflegefachmann

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

A-9 Anzahl der Betten

Betten	
Betten	272

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	14239
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	25304
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: 81,33

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	81,33	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	81,33	
Nicht Direkt	0	

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 46,16

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	46,16	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	46,16	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	Facharzt (Innere Medizin) Bereich ZNA
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	1,04

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl: 0

A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 203,46

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	203,46	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	203,46	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 22

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	22	Zentral OP, Aufnahme, Pflegedienstleitung ...
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	22	
Nicht Direkt	0	

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 23,8

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	23,8	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	23,8	
Nicht Direkt	0	

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 15,65

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	15,65	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	15,65	
Nicht Direkt	0	

Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 20,19

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	20,19	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	20,19	
Nicht Direkt	0	

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 3,8

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,8	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,8	
Nicht Direkt	0	

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 7,2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,2	
Nicht Direkt	0	

Entbindungspfleger und Hebammen in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 17,6

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	17,6	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	17,6	
Nicht Direkt	0	

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 6,1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,1	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 6,1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,1	OTA sind im OP eingesetzt und gehören keiner Fachabteilung zu!
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,1	
Nicht Direkt	0	

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 27,4

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	27,4	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	27,4	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 4,8

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,8	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,8	
Nicht Direkt	0	

A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal und Genesungsbegleitung in Psychiatrie und Psychosomatik

A-11.3.1 Therapeutisches Personal

A-11.3.2 Genesungsbegleitung

Trifft nicht zu.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP15 - Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister

Anzahl Vollkräfte: 0,2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,2	
Nicht Direkt	0	

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 5,7

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,7	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,7	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 14,06

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	14,06	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	14,06	
Nicht Direkt	0	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Angaben zur verantwortlichen Person des Qualitätsmanagements zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Funktion	QMB
Titel, Vorname, Name	Frau Julia Hengstmann-Driver
Telefon	05032/88-6102
Fax	05032/88-11111
E-Mail	julia.hengstmanndriver@krh.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium	
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Alle chirurgischen Abteilungen, medizinische Klinik, kardiologische Klinik, gynäkologische Klinik, Geburtshilfe, Klinik für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Anästhesiologie, Pflegedienst inklusive Intensivpflege, Funktionsabteilungen.
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Angaben zur Person

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

Angaben zur verantwortlichen Person des Risikomanagements zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres.

Funktion	QMB
Titel, Vorname, Name	Frau Julia Hengstmann-Driver
Telefon	05032/88-6102
Fax	05032/88-11111
E-Mail	julia.hengstmanndriver@krh.de

A-12.2.2 Lenkungs-gremium

Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe	
Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe	Ja - Arbeitsgruppe nur Risikomanagement
Beteiligte Abteilung / Funktionsbereich	Alle chirurgischen Abteilungen, medizinische Klinik, kardiologische Klinik, gynäkologische Klinik, Geburtshilfe, Klinik für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Anästhesiologie, Pflegedienst inklusive Intensivpflege, Funktionsabteilungen.
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

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: MM Konferenzen Datum: 12.09.2025	MM Konferenzen, finden einmal im Quartal statt.
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		
RM03	Mitarbeiterbefragungen		

RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: MM Konferenzen Datum: 12.09.2025	Das Klinische Notfallmanagement wird durch die interdisziplinäre Intensivstation wahrgenommen. Die Erreichbarkeit des Notfallteams ist durch eine spezielle Telefonnummer geregelt.
RM05	Schmerzmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: MM Konferenzen Datum: 12.09.2025	
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: MM Konferenzen Datum: 12.09.2025	Die Sturzprophylaxe ist in der KRH im Pflegestandard festgelegt.
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: MM Konferenzen Datum: 12.09.2025	Die Dekubitusprophylaxe ist im unternehmensweiten Standard geregelt.
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: MM Konferenzen Datum: 12.09.2025	Der Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen ist in der KRH durch einen unternehmensweiten geltenden Pflegestandard geregelt.

RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: MM Konferenzen Datum: 12.09.2025	Für Medizingeräte gibt es ein geltendes Verfahren für Störungen, welches im Unternehmen durch einen Standard geregelt ist. Fehlfunktionen mit Patientengefährdungen werden entsprechend der gesetzlichen Regelung berücksichtigt, siehe BfArM - Meldung.
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	- Tumorkonferenzen	Alle 8 Wochen finden Tumorkonferenzen der Allgemeinchirurgie, Gastroenterologie und Onkologie statt.
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten		
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust	Name: Team time out Bögen Datum: 12.10.2025	Team time out Bögen
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: MM Konferenzen Datum: 12.09.2025	

RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechselungen	Name: Team time out Bögen Datum: 15.01.2025	Team time out Bögen
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: MM Konferenzen Datum: 12.09.2025	Standardisiertes Verfahren im Rahmen Aufbau eines QM-Systems.
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: MM Konferenzen Datum: 12.09.2025	Standardisiertes Verfahren im Rahmen Aufbau eines QM-Systems

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem	
Internes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich
Verbesserung Patientensicherheit	Das CIRS ist als integraler Bestandteil der Unternehmenssteuerung in das Qualitätsmanagement eingebettet. Es basiert auf aktuellen Ereignissen und entfaltet eine zukunftsbezogene Steuerungswirkung. Diese Systeme bilden in Bezug auf Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft sowohl tatsächliche als auch mögliche Sachverhalte ab.

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	12.10.2022
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	quartalsweise
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	quartalsweise

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Übergreifendes Fehlermeldesystem	
Übergreifendes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Nein

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

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygienikern	1	0.25 VK, ergänzt durch die Ltd. OÄ Krankenhaushygiene des IMK
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	8	In jeder Fachabteilung gibt es eine/n benannte/n ärztl. Kolleg*in. Krankenhaushygieniker*innen und hygienebeauftragte Ärzt*innen werden von den HFK und den Hygieneansprechpartner*innen in der Pflege unterstützt
Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	3	inklusive 1 HFK in Ausbildung
Hygienebeauftragte in der Pflege	27	Hygienebeauftragte Pflegekräfte für alle Abteilungen benannt

Hygienekommission	
Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich

Angabe des oder der Kommissionsvorsitzenden zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Funktion	Ärztl. Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Jochen Wedemeyer
Telefon	05032/88-1110
Fax	05032/88-1111
E-Mail	jochen.wedemeyer@krh.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt.

1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage

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

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

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

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe

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

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

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

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Händedesinfektionsmittelverbrauch	
Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	44,32 ml/Patiententag
Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	68,14 ml/Patiententag
Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs	Teilweise

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

MRSA	
Standardisierte Information erfolgt zum Beispiel durch Flyer MRSA-Netzwerke:	Ja
Informationsmanagement für MRSA liegt vor	Ja
Risikoadaptiertes Aufnahmescreening	
Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen)	Ja
Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang	
Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren	Ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
HM01	Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten	URL: http://www.krankenhausspiegel-hannover.de/starseite/	SGB V, § 137 Krankenhausspiegel Hannover
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	ITS-KISS	Intensivstation
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name: MRSA-Plus/ MRE-Netzwerk der Region Hannover	Während der Corona-Pandemie fanden keine Netzwerk- Treffen statt.

HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Teilnahme (ohne Zertifikat)	Keine Teilnahme an ASH, sondern: neben dem seit Jahren etablierten Vorgehen wurde ein neues online basiertes Konzept entwickelt, 2024 begonnen.
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 jährlich und bei Bedarf regelmäßig statt

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 Beschwerdekordinatoren 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. Rund 20 % der Vorgänge die telefonische oder persönliche Kontaktaufnahme gewählt.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja	

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 mit einer abschließenden Antwort an die meldende Person beendet.
---	----	--

Regelmäßige Einweiserbefragungen

Durchgeführt	Nein
--------------	------

Regelmäßige Patientenbefragungen

Durchgeführt	Nein
--------------	------

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

Möglich	Ja
Link	http://www.krh.de
Kommentar	Es sind anonyme Eingaben in das Zentrale Beschwerdemanagement möglich. Diese Form wurde in Berichtsjahr allerdings nicht genutzt, da die Meldenden in der Regel an einer aktiven Rückmeldung interessiert sind und persönlich dazu angesprochen werden möchten.

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

Angaben zur verantwortlichen Person des Beschwerdemanagements zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Funktion	Beschwerdekordinatorin
Titel, Vorname, Name	Frau Marion Hoffmann
Telefon	05032/88-1786
Fax	05032/88-1001
E-Mail	marion.hoffmann@krh.de

Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements

Link zum Bericht	http://www.krh.eu
Kommentar	

Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher

Angaben zur Patientenfürsprecherin/zum Patientenfürsprecher zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Funktion	Patientenfürsprecher
Titel, Vorname, Name	Herr Wolfgang Grotstück
Telefon	05032/88-1070
E-Mail	Patientenfuersprecher.NEU@extern.krh.de

Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprechern

Kommentar	Im Berichtsjahr wurden die Patientenfürsprecher für die Kliniken der Region Hannover ausgewählt. Die formale Berufung fand zu Beginn 2016 statt. 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

Kontaktdaten der eigenständigen Position für das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Chefapotheker
Titel, Vorname, Name	Dr. rer. nat. Thomas Vorwerk
Telefon	0511/927-6901
Fax	0511/927-6929
E-Mail	thomas.vorwerk@krh.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

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

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

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, zum Beispiel 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, zum Beispiel bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnisses, Verträglichkeit (inklusive potenzieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen und Ähnliches) 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, das heißt 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	- Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung - Zubereitung durch pharmazeutisches Personal - Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen	Risikoarzneimittel werden durch pharmazeutisches Personal zubereitet.
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	- Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma) - Sonstige elektronische Unterstützung (bei z. B. Bestellung, Herstellung, Abgabe)	AIDKlinik® zur Entscheidungsunterstützung, Elektronische Bestellung von Arzneimitteln und Rezepturen

AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln		SmartMedication
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	- Fallbesprechungen - Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung - Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) - Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)	Pharmazeutische Visiten, Hinterlegung patientenindividueller AMTS-Hinweise in den Verlaufsberichten durch Apotheker/in, CIRS-System
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	- Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (gegebenenfalls vorläufigen) Entlassbriefs - Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen - Aushändigung des Medikationsplans - bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten	

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß Teil A § 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 unter anderem 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

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

Gemäß Teil A § 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 Teil A § 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

Verfahrensanweisung im DLS (Dok. 58176, 83397)

Nr.	Schutzkonzept	Letzte Überprüfung
SK04	Verhaltenskodex mit Regeln zum achtsamen Umgang mit Kindern und Jugendlichen	14.12.2024
SK10	Handlungsempfehlungen zum Umgang/ zur Aufarbeitung aufgetretener Fälle	14.12.2024
SK11	Sonstiges	

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	Am Standort vorhanden
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja	Am Standort vorhanden
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja	Am Standort vorhanden
AA18	Hochfrequenzthermotherapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	-	Gerät(e) und Versorgungsleistung im Klinikverbund KRH verfügbar.
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Ja	
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	-	Gerät (e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja	
AA47	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja	Am Standort vorhanden
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	-	Am Standort vorhanden
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	-	Am Standort vorhanden
AA69	Linksherzkatheterlabor	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	Ja	Gerät (e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar

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 Abschlüsse vor.

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Stufe der Notfallversorgung des Krankenhauses	
Zugeordnete Notfallstufe	Basisnotfallversorgung (Stufe 1)
Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung	Nein

Umstand, der zu der Zuordnung des Krankenhauses zur Notfallstufe führt
Erfüllung der Voraussetzungen eines Moduls der speziellen Notfallversorgung (siehe A-14.2)

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Nr.	Module der Speziellen Notfallversorgung
SN01	Modul Notfallversorgung Kinder (Basis)
SN05	Modul Schlaganfallversorgung (Stroke Unit)
SN06	Modul Durchblutungsstörungen am Herzen (Chest Pain Unit)

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

Verfügt das Krankenhaus über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde?	Ja
Ist die Notfallambulanz des Krankenhauses gemäß § 75 Absatz 1b Satz 3 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden?	Ja

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

B-1 **Innere Medizin / Kardiologie und Angiologie**

B-1.1 **Allgemeine Angaben Innere Medizin / Kardiologie und Angiologie**

Im KRH Klinikum Neustadt am Rübenberge bieten wir Ihnen als Patient ein großes internistisches Behandlungsspektrum. Für Ihre Behandlungen steht neben der nicht-invasiven Diagnostik von Herzkrankheiten mittels Echokardiografie, transösophagealer Echokardiografie, EKG, Langzeit-EKG, und Langzeitblutdruckmessung auch ein Herzkatheterlabor zur Verfügung.

Zur Diagnostik und Behandlung von Brustschmerzen ist eine Chest Pain Unit mit zehn monitorüberwachten Betten eingerichtet. Patienten mit Brustschmerzen werden hier von einem kompetenten Team umfassend versorgt.

Ein weiterer Schwerpunkt unserer Klinik ist die Implantation aller Arten von Herzschrittmachern und Defibrillatoren einschließlich CRT-Systemen. Dieses geschieht in Kooperation mit der allgemeinchirurgischen Klinik unseres Hauses.

Patienten mit akut auftretenden Schlaganfällen werden von qualifizierten Spezialisten in unserer Stroke Unit (Schlaganfallbehandlungseinheit) optimal behandelt und versorgt. Eine interdisziplinäre Behandlung durch Neurologen und Internisten auf der Stroke Unit verbessert die Überlebenschancen unserer Patienten und beschleunigt die neurologische Erholung nach einem Schlaganfall.

Der hohe Qualitätsstandard der Klinik wird durch drei Fachärzte für Kardiologie, zwei Fachärzte für Angiologie und drei für Fachärzte für Internistische Intensivmedizin sowie eines Facharztes für Neurologie sichergestellt.

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Innere Medizin / Kardiologie und Angiologie
Fachabteilungsschlüssel	0300
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Bernhard Vieregge
Telefon	05032/88-2100
Fax	05032/88-2180
E-Mail	inneremedizin.neustadt@krh.de

Straße/Nr	Lindenstraße 75
PLZ/Ort	31535 Neustadt am Rübenberge
Homepage	https://neustadt.krh.de/

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote Innere Medizin / Kardiologie und Angiologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Innere Medizin / Kardiologie und Angiologie
VI00	Sonstige im Bereich Innere Medizin
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI20	Intensivmedizin
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
VI27	Spezialsprechstunde
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
VR00	Gewebeentnahmen aus allen Körperregionen (Biopsie)
VR00	Einbringung von Stents
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
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)
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
VI35	Endoskopie
VI42	Transfusionsmedizin
VI43	Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
VN24	Stroke Unit
VK00	Computertomograph (CT)
VK00	Diätische Angebote
VR00	CT Untersuchung sämtlicher Körperregionen
VR00	Untersuchung des Herzens, Bestimmung von Verkalkungen und Verengungen der Herzkranzgefäße
VR00	Gefäßdarstellungen z.B. der halsschlagadern (Karotiden), Brust- und Bauchschlagadern (Aorta) und der Becken- und Beingefäße
VR00	DSA Diagnostische Angiographie z.B. bei Schaufensterkrankheit
VR00	DSA Beseitigung von Gefäßverengungen (Ballondilatation/PTA)
VR00	Wiedereröffnung von Gefäßverschlüssen
VR00	Behandlung von Verengungen der Halsgefäße (Karotis-PTA)
VX00	Notfallmedizin

B-1.5 Fallzahlen Innere Medizin / Kardiologie und Angiologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	4088
Teilstationäre Fallzahl	0

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	vollstat.	teilstat.	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I50	572	< 4	572	Herzinsuffizienz
2	J15	317	< 4	317	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert
3	I48	242	< 4	242	Vorhofflimmern und Vorhofflattern
4	J44	211	< 4	211	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
5	E86	196	< 4	196	Volumenmangel
6	I20	196	< 4	196	Angina pectoris
7	I21	153	< 4	153	Akuter Myokardinfarkt
8	I25	124	< 4	124	Chronische ischämische Herzkrankheit
9	I63	110	< 4	110	Hirnfarkt
10	R55	107	< 4	107	Synkope und Kollaps

B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-984	2151	Pflegebedürftigkeit
2	8-933	379	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie
3	1-275	369	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung
4	8-837	304	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen
5	8-83b	179	Zusatzinformationen zu Materialien
6	8-98b	160	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
7	8-98g	146	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern
8	3-052	141	Transösophageale Echokardiographie [TEE]
9	8-191	135	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen
10	8-800	97	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat

B-1.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Notfallambulanz	
Ambulanzart	Notfallambulanz (24h) (AM08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) (VI07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes (VI02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (VI10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas (VI14)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs (VI12)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) (VI11)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen (VI24)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen (VI33)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen (VI09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen (VI31)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten (VI19)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten (VI01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (VI04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura (VI16)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten (VI05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums (VI13)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen (VI08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen (VI18)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin (VI32)

Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit (VI03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten (VI06)
Angebotene Leistung	Endoskopie (VI35)
Angebotene Leistung	Intensivmedizin (VI20)

Angiologiesprechstunde	
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	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (VI04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten (VI05)

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Ran g	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-275	24	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung
2	8-640	14	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus
3	1-279	< 4	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 26,36

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	26,36	Die Ärzte betreuen neben den Kardiologischen Stationen eine Schlaganfall Einheit und einer Brustschmerz Einheit mit insgesamt 10 Betten.
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	26,36	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 155,08346

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 12,8

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,8	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,8	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 319,375

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
AQ23	Innere Medizin
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie
AQ24	Innere Medizin und Angiologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF52	Ernährungsmedizin
ZF09	Geriatrie
ZF15	Intensivmedizin
ZF54	Kardiale Magnetresonanztomographie
ZF61	Klinische Akut- und Notfallmedizin
ZF27	Naturheilverfahren
ZF30	Palliativmedizin
ZF72	Physikalische Therapie
ZF40	Sozialmedizin
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 52,13

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	52,13	+ 1,5 VK Physican Assistent
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	52,13	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 78,41934

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 8,3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,3	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 492,53012

Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 8,9

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,9	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,9	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 459,32584

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,2	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 3406,66667

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 3716,36364

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 8,8

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,8	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,8	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 464,54545

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP07	Geriatrie

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-2 Gastroenterologie

B-2.1 Allgemeine Angaben Gastroenterologie

In unserer Klinik behandeln wir alle Erkrankungen der inneren Organe und insbesondere des Magen-Darm-Trakts einschließlich der Erkrankungen der Leber, der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse sowie alle bösartigen Erkrankungen aus diesem Bereich. Darüberhinaus bieten wir ein breites diagnostisches Spektrum einschließlich der Entnahme von Gewebe aus verschiedensten Körperregionen an, um eine vermutete Erkrankung zu bestätigen oder auch um sie auszuschließen.

Als Patient werden Sie in der Medizinischen Klinik I kompetent versorgt. Internisten, Gastroenterologen und Viszeralchirurgen arbeiten hier eng und nach neusten Standards zusammen. So gewährleisten wir eine schnellstmögliche Diagnostik und maßgeschneiderte Therapie.

Die Endoskopie ist nach den Richtlinien der Norddeutschen Gesellschaft für Gastroenterologie und dem TÜV Nord in ihren Arbeitsabläufen mehrfach überprüft und zertifiziert worden. Angegliedert an unsere Abteilung sind eine Ambulanz zur Diagnostik und Therapie chronischer Lebererkrankungen sowie eine Sprechstunde für ambulante Darmspiegelungen gemäß §115b SGB V.

Zur Behandlung akuter und chronischer Blutkrankheiten und sowie von Krebserkrankungen besteht eine enge Kooperation mit einer hämatologisch-onkologischen Fachpraxis am Haus.

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Gastroenterologie
Fachabteilungsschlüssel	0700
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Stephan Kaaden
Telefon	05032/88-2000
Fax	05032/88-2060
E-Mail	viszeralmedizin.neustadt@krh.de
Straße/Nr	Lindenstraße 75
PLZ/Ort	31535 Neustadt am Rübenberge
Homepage	https://neustadt.krh.de/

B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-2.3 Medizinische Leistungsangebote Gastroenterologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Gastroenterologie
VD01	Diagnostik und Therapie von Allergien
VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
VD07	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen
VI00	Sonstige im Bereich Innere Medizin
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI20	Intensivmedizin
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
VI27	Spezialsprechstunde
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
VR00	Gewebeentnahmen aus allen Körperregionen (Biopsie)
VR00	Einbringung von Stents
VU01	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
VU07	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
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
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)
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums

VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
VI21	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
VI34	Elektrophysiologie
VI35	Endoskopie
VI38	Palliativmedizin
VI39	Physikalische Therapie
VI40	Schmerztherapie
VI41	Shuntzentrum
VI42	Transfusionsmedizin
VI43	Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen

B-2.5 Fallzahlen Gastroenterologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1569
Teilstationäre Fallzahl	0

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	vollstat.	teilstat.	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	A09	103	< 4	103	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs
2	K29	91	< 4	91	Gastritis und Duodenitis
3	K92	89	< 4	89	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems
4	K57	83	< 4	83	Divertikelkrankheit des Darmes
5	K59	64	< 4	64	Sonstige funktionelle Darmstörungen
6	K85	58	< 4	58	Akute Pankreatitis
7	K80	56	< 4	56	Cholelithiasis
8	R10	53	< 4	53	Bauch- und Beckenschmerzen
9	N39	46	< 4	46	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
10	D50	45	< 4	45	Eisenmangelanämie

B-2.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen**B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS****B-2.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-632	987	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
2	9-984	691	Pflegebedürftigkeit
3	1-440	644	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
4	1-650	553	Diagnostische Koloskopie
5	1-653	324	Diagnostische Proktoskopie
6	1-444	271	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt
7	5-513	244	Endoskopische Operationen an den Gallengängen
8	5-452	217	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes
9	8-800	210	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
10	5-469	203	Andere Operationen am Darm

B-2.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren**B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Notfallsprechstunde	
Ambulanzart	Notfallambulanz (24h) (AM08)

Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung) (AM05)
Angebotene Leistung	Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (VI43)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen (VI30)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (VI10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas (VI14)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs (VI12)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) (VI11)

Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen (VI09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten (VI19)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen (VI18)
Angebotene Leistung	Endoskopie (VI35)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VI27)

Ambulanz für vor- und nachstationäre Leistungen

Ambulanzart	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
Angebotene Leistung	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis (VI29)
Angebotene Leistung	Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (VI43)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen (VI30)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (VI10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas (VI14)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs (VI12)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) (VI11)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen (VI09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten (VI19)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums (VI13)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen (VI18)
Angebotene Leistung	Endoskopie (VI35)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VI27)

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-650	210	Diagnostische Koloskopie
2	5-452	119	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes
3	1-444	104	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt
4	1-640	< 4	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege
5	1-642	< 4	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege
6	3-055	< 4	Endosonographie der Gallenwege und der Leber
7	3-056	< 4	Endosonographie des Pankreas
8	5-431	< 4	Gastrostomie
9	5-493	< 4	Operative Behandlung von Hämorrhoiden
10	5-513	< 4	Endoskopische Operationen an den Gallengängen

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: 4,65

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,65	Die Ärzte betreuen neben den gastroenterologischen Stationen eine Akutgeriatrie. Die Assitenzärzte werden im Rotationsverfahren im Bereich der Fachkliniken Kardiologie/Angiologie und Gastroenterologie eingesetzt. Der Ärzte sind in der Allgemeinchirurgie mit ausgebildet.
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,65	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 337,41935

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 3,41

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,41	Der Ärzte sind in der Allgemeinchirurgie mit ausgebildet.
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,41	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 460,1173

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
AQ27	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF07	Diabetologie
ZF30	Palliativmedizin
ZF11	Hämostaseologie
ZF28	Notfallmedizin

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: 31,23

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	31,23	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	31,23	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 50,24015

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3,55

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,55	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,55	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 441,97183

Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3,99

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,99	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,99	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 393,23308

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: 1569

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

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: 1206,92308

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,4

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,4	Pflegehelfer und Pflegehelfer in Anerkennungsphase zur GuK
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,4	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1120,71429

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3,6

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,6	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,6	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 435,83333

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP07	Geriatric
ZP20	Palliative Care
ZP03	Diabetesberatung (DDG)

ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
ZP15	Stomamanagement
ZP16	Wundmanagement

B-2.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-3 Pädiatrie und Neonatologie

B-3.1 Allgemeine Angaben Pädiatrie und Neonatologie

Die Klinik für Kinderheilkunde und Jugendmedizin hat sich seit ihrer Gründung 1971 zu einer hochspezialisierten und leistungsfähigen Abteilung entwickelt. Unsere Klinik genießt weit über die Stadt Neustadt am Rübenberge hinaus einen guten Ruf und weist einen hohen Versorgungsgrad auf. Zusammen mit der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe bilden wir ein Mutter-Kind-Zentrum, einer der Schwerpunkte des KRH Klinikums Neustadt.

Zudem besteht seit 2002 zwischen dem Kinderkrankenhaus auf der Bult in Hannover und unserer Klinik ein Kooperationsvertrag, der die Gestellung der ärztlichen Mitarbeiter und die Rotation zwischen den pädiatrischen Abteilungen im Weiterbildungsverbund beinhaltet. Wir verstehen unsere Klinik weniger als Kranken- denn als „Gesundmachhaus“. Hieraus haben sich zahlreiche Maßnahmen entwickelt, unseren Patienten bis zum Abschluss des 18. Lebensjahres den Aufenthalt in unserer Klinik so stressarm als möglich zu machen (Eltern-Mitaufnahme, Analgesie-Konzept, Klinik-Clown, Musiktherapie, Aromapflege und vieles mehr).

Im Februar 2012 hat unsere Klinik erstmals das Qualitätssiegel "Ausgezeichnet. FÜR KINDER" verliehen bekommen, in den Jahren 2014, 2016, 2018, 2020 sowie jetzt aktuell 2022 wurde die Fachklinik rezertifiziert. Dieses Gütesiegel bescheinigt, dass bei uns ausnahmslos alle Standards für multiprofessionelle und interdisziplinäre Versorgung erfüllt sind.

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Pädiatrie und Neonatologie
Fachabteilungsschlüssel	1000
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Axel Teichmann
Telefon	05032/88-2300
Fax	05032/88-2301
E-Mail	kinderklinik.neustadt@krh.de

Straße/Nr	Lindenstraße 75
PLZ/Ort	31535 Neustadt am Rübenberge
Homepage	https://neustadt.krh.de/

B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-3.3 Medizinische Leistungsangebote Pädiatrie und Neonatologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Pädiatrie und Neonatologie	Kommentar
VK04	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen	
VK05	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)	Neugeborenen-Stoffwechselscreening bei allen Kindern
VK06	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes	Sonographie und Radiologie des Gastrointestinaltrakts, Gastroskopie - Koloskopie, Atemteste
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	Sonographie und Radiologie
VK12	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin	Beatmungsmöglichkeit für Früh- und Neugeborene sowie junge Säuglinge einschließlich Möglichkeit der Hochfrequenz-Oszillations-Beatmung
VK13	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VK15	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen	frühes Neugeborenen-Stoffwechselscreening bei allen Kindern
VK20	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen	
VK22	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener	Atemnotsyndrom mit Beatmungsmöglichkeit, Mekoniumaspiration

VK23	Versorgung von Mehrlingen	
VK24	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärztinnen und Frauenärzten	Perinataler Schwerpunkt (GBA)
VK25	Neugeborenenenscreening	Frühes Neugeborenen-Stoffwechselscreening bei allen Kindern
VK26	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter	
VK27	Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes	
VK29	Spezialsprechstunde	
VK31	Kinderchirurgie	Die Kinderchirurgie wird in der Kooperation mit der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie ausgebildet.
VK36	Neonatologie	
VK00	Kindertraumatologie	Die Kindertraumatologie wird in der Kooperation mit der Klinik für Orthopädie, Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie ausgebildet.
VK21	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien	
VK07	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	Sonographie und Radiologie
VK11	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) hämatologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	
VK01	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen	(Neonatale) Echokardiographie
VK16	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen	
VK18	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen	

VK17	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen	
VK14	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	
VK32	Kindertraumatologie	Die Kindertraumatologie wird in der Kooperation mit der Klinik für Orthopädie, Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie abgebildet.

B-3.5 Fallzahlen Pädiatrie und Neonatologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	2336
Teilstationäre Fallzahl	0

Die Klinik für Kinderheilkunde und Jugendmedizin wurde erneut 2018 mit dem Qualitätssiegel "Ausgezeichnet für Kinder" prämiert.

B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-3.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	vollstat.	teilstat.	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	Z03	156	< 4	156	Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen, Verdacht ausgeschlossen
2	J06	145	< 4	145	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege
3	J20	144	< 4	144	Akute Bronchitis
4	A08	130	< 4	130	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen
5	P07	120	< 4	120	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert
6	P08	83	< 4	83	Störungen im Zusammenhang mit langer Schwangerschaftsdauer und hohem Geburtsgewicht
7	A09	74	< 4	74	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs

8	J21	71	< 4	71	Akute Bronchiolitis
9	P59	70	< 4	70	Neugeborenenikterus durch sonstige und nicht näher bezeichnete Ursachen
10	P05	66	< 4	66	Intrauterine Mangelentwicklung und fetale Mangelernährung

B-3.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-3.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-208	1176	Registrierung evozierter Potenziale
2	9-262	478	Postnatale Versorgung des Neugeborenen
3	8-010	207	Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen
4	8-015	112	Enterale Ernährungstherapie als medizinische Hauptbehandlung
5	9-984	106	Pflegebedürftigkeit
6	8-933	97	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie
7	8-560	95	Lichttherapie
8	1-207	93	Elektroenzephalographie [EEG]
9	8-016	71	Parenterale Ernährungstherapie als medizinische Hauptbehandlung
10	8-98g	66	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern

B-3.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Pädiatrie Privatambulanz	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener (VK22)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VK08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes) (VK05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (VK06)

Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen (VK04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen (VK15)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Allergien (VK13)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter (VK26)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen (VK10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen (VK20)
Angebotene Leistung	Kinderchirurgie (VK31)
Angebotene Leistung	Kindertraumatologie (VK32)
Angebotene Leistung	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin (VK12)
Angebotene Leistung	Neugeborenenenscreening (VK25)
Angebotene Leistung	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärztinnen und Frauenärzten (VK24)
Angebotene Leistung	Versorgung von Mehrlingen (VK23)

Notfallambulanz Pädiatrie	
Ambulanzart	Notfallambulanz (24h) (AM08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VK08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes) (VK05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas (VK07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (VK06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen (VK03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) hämatologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen (VK11)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen (VK01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen (VK16)

Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen (VK04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen (VK15)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Allergien (VK13)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter (VK26)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes (VK27)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen (VK20)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Wachstumsstörungen (VK37)
Angebotene Leistung	Kindertraumatologie (VK32)

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

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: 3,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,5	Die Ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden in der neonatologischen und pädiatrischen Klinik eingesetzt. Wir haben einen Kooperationsvertrag mit dem Kinder- und Jugendkrankenhaus "Auf der Bult". (ca. +6 VK daher anteilig aus der Bult) - daher 3,5 VK direkt KRH + 6 VK aus der Bult
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,5	
Nicht Direkt	0	Anteilige VK von der Bult

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 667,42857

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 3,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,5	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 667,42857

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin
AQ35	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neonatologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF56	Kinder- und Jugend-Gastroenterologie
ZF17	Kinder-Gastroenterologie (MWBO 2003)

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: 2,9

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,9	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,9	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 805,51724

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 23,8

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	23,8	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	23,8	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 98,15126

Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 4,2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,2	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 556,19048

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2123,63636

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	Fachweiterbildung Neonatologie
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	
PQ09	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-3.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-4 Allgemein Chirurgie

B-4.1 Allgemeine Angaben Allgemein Chirurgie

Im Klinikum Neustadt am Rübenberge arbeiten die klassischen Fachkliniken für Innere Medizin und Chirurgie schon seit Bestehen des Kreiskrankenhauses sehr eng zusammen. Zum 1. Juli 2021 haben wir als neue Organisationsstruktur die Klinik für Viszeralmedizin gegründet um Ihnen die bestmögliche Behandlung ihrer Erkrankung der Verdauungsorgane zu bieten.

Viszeral bedeutet „zu den Eingeweiden gehörend“ oder „die Eingeweide betreffend“.

In der Klinik für Viszeralmedizin arbeiten spezialisierte Fachärzt*innen aus Innerer Medizin/Gastroenterologie und aus der Allgemein- und Viszeralchirurgie alltäglich und ohne die klassischen Grenzen der Fachbereiche eng zusammen. Als besondere fachliche Ergänzung gehört die Sektion Gefäßchirurgie mit einem weiteren spezialisierten Team zu der Klinik für Viszeralmedizin.

Wir bieten Ihnen ein breites Spektrum an modernsten und schonenden chirurgischen und nicht-chirurgischen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in unserer Klinik an. Sie erhalten bei Bedarf täglich eine Visite durch Chirurg*innen und Internist*innen gemeinsam. Sie werden von der Aufnahme bis zur Entlassung vom gleichen Ärzte- und Pflorgeteam betreut. Alle weiteren Kliniken und Institutionen des Klinikum Neustadt am Rübenberge und des Klinikum Region Hannover stehen ihnen und ihren Angehörigen zur Verfügung.

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Allgemein Chirurgie
Fachabteilungsschlüssel	1500
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Stephan Kaaden
Telefon	05032/88-2000
Fax	05032/88-2060
E-Mail	viszeralmedizin.neustadt@krh.de
Straße/Nr	Lindenstraße 75
PLZ/Ort	31535 Neustadt am Rübenberge
Homepage	https://neustadt.krh.de/

B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-4.3 Medizinische Leistungsangebote Allgemein Chirurgie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Allgemein Chirurgie	Kommentar
VC05	Schrittmachereingriffe	
VC06	Defibrillatoreingriffe	
VC17	Offen-chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen	
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen	
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	
VC21	Endokrine Chirurgie	
VC22	Magen-Darm-Chirurgie	
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie	keine Pankreaseingriffe
VC24	Tumorchirurgie	
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren	
VC44	Chirurgie der Hirngefäßerkrankungen	
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	
VC58	Spezialsprechstunde	
VC61	Dialyseshuntchirurgie	
VC62	Portimplantation	
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	
VC71	Notfallmedizin	
VH20	Interdisziplinäre Tumornachsorge	
VR00	DSA Diagnostische Angiographie z.B. bei Schafensterkrankheit	

VR00	DSA Beseitigung von Gefäßverengungen (Ballondilatation/PTA)	
VR00	Wiedereröffnung von Gefäßverschlüssen	
VR00	Einbringung von Stents	

B-4.5 Fallzahlen Allgemein Chirurgie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1306
Teilstationäre Fallzahl	0

B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-4.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	vollstat.	teilstat.	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	K80	209	< 4	209	Cholelithiasis
2	I70	182	< 4	182	Atherosklerose
3	K35	118	< 4	118	Akute Appendizitis
4	E11	48	< 4	48	Diabetes mellitus, Typ 2
5	K56	47	< 4	47	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie
6	T82	45	< 4	45	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen
7	K57	41	< 4	41	Divertikelkrankheit des Darmes
8	L03	37	< 4	37	Phlegmone
9	N18	35	< 4	35	Chronische Nierenkrankheit
10	C18	34	< 4	34	Bösartige Neubildung des Kolons

B-4.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-4.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-984	385	Pflegebedürftigkeit
2	5-511	226	Cholezystektomie
3	5-470	134	Appendektomie
4	5-916	134	Temporäre Weichteildeckung
5	5-380	120	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen

6	5-381	114	Endarteriektomie
7	5-377	104	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders
8	8-191	100	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen
9	5-896	90	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
10	8-125	90	Anlegen und Wechsel einer duodenalen oder jejunalen Ernährungssonde

B-4.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Spechsstunde Herr Dr. Kaaden

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	Endokrine Chirurgie (VC21)
Angebotene Leistung	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie (VC23)
Angebotene Leistung	Magen-Darm-Chirurgie (VC22)
Angebotene Leistung	Minimalinvasive endoskopische Operationen (VC56)
Angebotene Leistung	Minimalinvasive laparoskopische Operationen (VC55)
Angebotene Leistung	Portimplantation (VC62)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VC58)
Angebotene Leistung	Tumorchirurgie (VC24)

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-399	121	Andere Operationen an Blutgefäßen
2	5-385	74	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen
3	5-640	28	Operationen am Präputium
4	5-378	17	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators
5	5-490	15	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion
6	5-377	13	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders
7	5-530	10	Verschluss einer Hernia inguinalis

8	5-534	9	Verschluss einer Hernia umbilicalis
9	5-897	7	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis
10	5-401	6	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße

B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-4.11 Personelle Ausstattung

B-4.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 10,29

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,29	Die Ärzte betreuen neben den Patienten auf den Stationen für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie.
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,29	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 126,91934

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 7,05

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,05	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,05	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 185,24823

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ07	Gefäßchirurgie
AQ13	Viszeralchirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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: 13,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	13,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	13,5	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 96,74074

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 653

Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 653

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,8

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,8	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,8	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1632,5

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,8

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,8	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,8	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1632,5

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

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	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 502,30769

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP16	Wundmanagement
ZP32	Gefäßassistentin und Gefäßassistent DGG®

B-4.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-5 Orthopädie, Unfall-, Hand und Wiederherstellungschirurgie

B-5.1 Allgemeine Angaben Orthopädie, Unfall-, Hand und Wiederherstellungschirurgie

Als Patienten mit akuten Unfallverletzungen, Folgeschäden nach Unfällen und degenerativen Erkrankungen des gesamten Bewegungsapparats einschließlich der Wirbelsäule sind Sie bei uns in besten Händen. Sie profitieren von Untersuchungsmethoden und Behandlungsverfahren nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen.

Bei Gelenkverschleiß (Arthrose), insbesondere des Hüft- und Kniegelenkes, bieten wir Ihnen ein differenziertes Behandlungskonzept mit dem gesamten Spektrum der Hüft- und Knieendoprothetik an: Von der knochensparenden Kurzschafthoprothese (Hüftgelenk) oder dem Teilersatz am Kniegelenk (Schlittenprothese, Kniescheibenersatz) über Totalendoprothesen bis zum modularen Implantat bei Wechseloperationen. Zudem führen wir arthroskopische und

offene gelenkerhaltende Operationen aller Gelenke durch.

Seit Anfang 2016 ist unsere Klinik nach Überprüfung durch das unabhängige Institut CLARCERT als zertifiziertes EndoProthetikZentrum ausgezeichnet worden. Voraussetzung dafür ist die Behandlung durch ein interdisziplinäres Team nach vorgegebenen Qualitätsmerkmalen. Die Klinik beteiligt sich zudem am neuen Endoprothesenregister Deutschland (EPRD).

Die Klinik ist als anerkanntes lokales Traumazentrum in das Traumanetzwerkes Hannover eingebunden und dem Traumaregister der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie angeschlossen.

Ihre Gesundheit und die schnellstmögliche Wiederherstellung der normalen Körperfunktion nach Verletzungen und oder Operationen sind unser Ziel. Dazu werden moderne, schonende Verfahren in allen Bereichen angewendet und eine frühfunktionelle Nachbehandlung durchgeführt. Diese erfolgt während des stationären Aufenthalts durch das Team der Abteilung für Physiotherapie. Durch diese Kombination werden bestmögliche Behandlungserfolge sichergestellt.

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Orthopädie, Unfall-, Hand und Wiederherstellungschirurgie
Fachabteilungsschlüssel	1600
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med Achim Elsen
Telefon	05032/88-2000
Fax	05032/88-2001
E-Mail	orthopaedie-unfallmedizin.neustadt@krh.de
Straße/Nr	Lindenstraße 75
PLZ/Ort	31535 Neustadt am Rübenberge
Homepage	https://neustadt.krh.de/

B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-5.3 Medizinische Leistungsangebote Orthopädie, Unfall-, Hand und Wiederherstellungschirurgie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Orthopädie, Unfall-, Hand und Wiederherstellungschirurgie	Kommentar
VC58	Spezialsprechstunde	
VC66	Arthroskopische Operationen	
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	
VC71	Notfallmedizin	
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken	
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren	
VC30	Septische Knochenchirurgie	
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen	
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes	
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses	
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax	
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens	
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen	
VC63	Amputationschirurgie	
VO15	Fußchirurgie	
VO16	Handchirurgie	
VO19	Schulterchirurgie	
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie	

VC65	Wirbelsäulenchirurgie	
VC69	Verbrennungschirurgie	
VC00	Sonstige im Bereich Chirurgie	Zertifiziertes Lokales Traumazentrum

B-5.5 Fallzahlen Orthopädie, Unfall-, Hand und Wiederherstellungschirurgie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	2158
Teilstationäre Fallzahl	0

B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-5.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	vollstat.	teilstat.	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	S06	387	< 4	387	Intrakranielle Verletzung
2	S72	242	< 4	242	Fraktur des Femurs
3	S52	153	< 4	153	Fraktur des Unterarmes
4	S42	138	< 4	138	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes
5	S82	123	< 4	123	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
6	S32	120	< 4	120	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens
7	M17	84	< 4	84	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]
8	S22	71	< 4	71	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule
9	S00	69	< 4	69	Oberflächliche Verletzung des Kopfes
10	M16	67	< 4	67	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]

B-5.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-5.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-984	751	Pflegebedürftigkeit
2	5-794	357	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
3	5-790	187	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese

4	5-820	169	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk
5	5-896	114	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
6	8-800	111	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
7	8-191	108	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen
8	5-787	97	Entfernung von Osteosynthesematerial
9	5-916	89	Temporäre Weichteildeckung
10	5-822	82	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk

B-5.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Sprechstunde Herr Dr. Rothenbusch

Ambulanzart	Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140a Absatz 1 SGB V (AM12)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (VC39)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40)

Sprechstunde Herr Dr. Pasch

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	Handchirurgie (VO16)
Angebotene Leistung	Schulterchirurgie (VO19)

B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-787	138	Entfernung von Osteosynthesematerial
2	5-812	80	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken
3	5-790	39	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese
4	5-840	22	Operationen an Sehnen der Hand

5	5-795	14	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen
6	5-056	13	Neurolyse und Dekompression eines Nerven
7	5-811	13	Arthroskopische Operation an der Synovialis
8	5-849	13	Andere Operationen an der Hand
9	5-841	12	Operationen an Bändern der Hand
10	1-697	10	Diagnostische Arthroskopie

B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-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: 10,54

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,54	Die Ärzte betreuen in der Fachklinik ebenfalls Patienten im eigenen Endoprothetik Zentrum. Zusätzlich arbeiten die Ärzte noch in einem zertifizierten lokalen Traumazentrum.
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,54	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 204,74383

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,5	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 479,55556

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF28	Notfallmedizin
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie
ZF44	Sportmedizin

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: 23,8

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	23,8	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	23,8	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 90,67227

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,9

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,9	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,9	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2397,77778

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,5	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1438,66667

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,5	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1438,66667

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP14	Schmerzmanagement
ZP13	Qualitätsmanagement

B-5.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-6 Anästhesiologie, Schmerztherapie und Notfallmedizin

B-6.1 Allgemeine Angaben Anästhesiologie, Schmerztherapie und Notfallmedizin

Ein erfahrenes und professionelles Team um Chefarzt Dr. med. Karl Schulze betreut Sie in der gesamten Phase Ihres Klinikaufenthaltes zur Operation.

Unser Team sorgt für eine sichere Narkose unter Einsatz modernster Überwachungsverfahren. Wir kümmern uns um Sie nach der Operation im Aufwachraum mit einer optimalen Schmerzbehandlung. Im Falle einer intensivmedizinischen Behandlung werden Sie ebenfalls von uns betreut, auch hier sind alle Überwachungs- und Behandlungsgeräte auf dem neuesten Stand der medizinischen Technik.

Ebenso begleiten wir Sie bei der Anwendung längerfristiger schmerztherapeutischer Verfahren.

Ebenso begleiten wir Sie bei der Anwendung längerfristiger schmerztherapeutischer Verfahren.

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Anästhesiologie, Schmerztherapie und Notfallmedizin
Fachabteilungsschlüssel	3700
Art	Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Karl Schulze
Telefon	05032/88-2600
Fax	05032/88-3741
E-Mail	anaesthesiologie.neustadt@krh.de
Straße/Nr	Lindenstraße 75
PLZ/Ort	31535 Neustadt am Rübenberge
Homepage	https://neustadt.krh.de/

B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-6.3 Medizinische Leistungsangebote Anästhesiologie, Schmerztherapie und Notfallmedizin

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Anästhesiologie, Schmerztherapie und Notfallmedizin	Kommentar
VX00	Notfallmedizin	ca 1000 Einsätze /Jahr auf dem Notarzteinsetzungsfahrzeug DRK 70-31
VX00	Narkosen gesamt	ca 6000
VX00	Regionalanästhesien	ca 10%

VX00	Prämedikationsambulanz (Narkose-Aufklärung)	
VX00	Prämedikationsambulanz	
VX00	intraoperatives Neuromonitoring	bei A.Carotis Chirurgie, bei Schilddrüsenchirurgie und bei allen total intravenösen Narkosen (TIVA)

B-6.5 Fallzahlen Anästhesiologie, Schmerztherapie und Notfallmedizin

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-6.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-930	1211	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
2	8-831	539	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße
3	8-980	485	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
4	8-900	248	Intravenöse Anästhesie
5	8-706	222	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung
6	8-701	180	Einfache endotracheale Intubation
7	8-640	168	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus
8	8-152	124	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax
9	8-711	116	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen
10	8-700	106	Offenhalten der oberen Atemwege

B-6.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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: 12,05

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,05	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,05	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 9,98

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,98	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,98	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

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

Anzahl: 0

Kommentar: trifft nicht zu

Anzahl stationäre Fälle je Person:

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

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: 43,62

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	43,62	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	43,62	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,8

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,8	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,8	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,8

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,8	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,8	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ02	Diplom	
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	Fachweiterbildung
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP03	Diabetesberatung (DDG)
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP06	Ernährungsmanagement
ZP08	Kinästhetik
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP14	Schmerzmanagement

B-6.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-7 Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

B-7.1 Allgemeine Angaben Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

Das, im Januar 2022, gegründete Institut für Radiologie, versorgt als Dienstleister auf dem Gebiet der diagnostischen Radiologie, Interventionsradiologie und Neuroradiologie sämtliche Fachkliniken der Klinikum Region Hannover GmbH mit dem gesamten Leistungsspektrum Radiologie. Durch die organisatorische Zusammenlegung unserer sechs Standorte zu einem Institut wurde ein Netzwerk geschaffen, welches uns ein Höchstmaß an fachlicher Expertise unserer radiologischen Abteilungen erzielen lässt.

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. Mit Hilfe der Computertomografie (CT) und der Magnetresonanztomografie (MRT) werden 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 diagnostische und interventionelle Angiografie, die Darstellung und Behandlung der Gefäße, zählt zu unseren Schwerpunkten und bedarf einer ganz speziellen fachlichen Expertise. Mittels unserer hochmodernen Geräte bieten wir Ihnen eine möglichst strahlungsarme Untersuchungsmethode aller Körperregionen an.

In der Gefäßbehandlung werden mittels digitaler Subtraktionsangiografie (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. Minimal invasive Interventionen finden nicht nur im Gefäßsystem, sondern auch in der Tumorthherapie, sowohl bei gutartigen, aber auch bösartigen Veränderungen eine breite Anwendung.

Darüber hinaus gehört die Durchführung von Sonografien (Ultraschall) 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.

Ein weiterer Schwerpunkt des Institutes ist die Neuroradiologie. Neben der Diagnostik, führen wir auch hochspezialisierte Eingriffe in der interventionellen Neuroradiologie durch: von der mechanischen Schlaganfallbehandlung bis zum sogenannten Aneurysma-Coiling.

Durch digitale Vernetzung innerhalb unserer Organisationsstruktur stellen wir Ihre Versorgung

auch in Notfällen rund um die Uhr sicher und garantieren Ihnen eine Verfügbarkeit unseres Leistungsspektrums an 365 Tagen. Die Befundung der radiologischen Bildgebung erfolgt dabei stets in Echtzeit und wird durch den jeweiligen Spezialisten durchgeführt. Das gesamte Team des Institutes für Radiologie arbeitet interdisziplinär auf höchstem Niveau. Die Qualität unserer Arbeit hat oberste Priorität und verfolgt das Ziel, Ihnen als Patient eine umfassende und individuelle Diagnostik und Therapie zu bieten.

Die Dienstleistungen des Instituts für Radiologie werden in 6 Standorten des KRH Verbundes angeboten. Nachfolgend ein Überblick über das medizinische Leistungsangebot unseres Standortes im Jahr 2023:

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
Fachabteilungsschlüssel	3751
Art	Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Götz Voshage
Telefon	05032/88-1515
Fax	05032/88-1511
E-Mail	roentgen.neustadt@krh.de
Straße/Nr	Lindenstraße 75
PLZ/Ort	31535 Neustadt am Rübenberge
Homepage	http://www.neustadt.krh.de

Weitere Informationen bekommen Sie hier:

<http://www.krh.de/das-krh/institut-fuer-radiologie>

B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-7.3 Medizinische Leistungsangebote Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

Schwerpunkte des Instituts für Radiologie im KRH Klinikum Neustadt am Rübenberge:

- allgemeine Röntgendiagnostik (digital)
- Mehrschicht-Computertomografie, mit 3D-Darstellung

- diagnostische Punktion unter CT-Kontrolle: Leber, Lunge, Bauchraum und Knochen
- therapeutische Punktion unter CT-Kontrolle o z.B. Abszessdrainage, Schmerztherapie
- Magnetresonanztomografie (1,5 Tesla)
- interventionelle Eingriffe:
 - o Ballonaufweitung (Ballondilatation) von Gefäßen bei Durchblutungsstörungen im Bauch-, Becken-, Arm- und Halsbereich
 - o Einsetzen von inneren Gefäßstützen (Stents) bei Durchblutungsstörungen
 - o Behandlung von Aussackungen von Gefäßen (sog. Aneurysmen)
 - o Auflösung von Blutgerinnseln
 - o Kathetereingriffe bei Blutungen und Gebärmuttermyomen
 - o Chemoembolisation von Tumoren, z.B. bei hepatozellulärem Karzinom

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie	Kommentar
VR00	Sonstige im Bereich Radiologie	
VR00	CT Untersuchung sämtlicher Körperregionen	
VR00	Untersuchung des Herzens, Bestimmung von Verkalkungen und Verengungen der Herzkranzgefäße	
VR00	Gefäßdarstellungen z.B. der halsschlagadern (Karotiden), Brust- und Bauchschlagadern (Aorta) und der Becken- und Beingefäße	
VR00	Gewebeentnahmen aus allen Körperregionen (Biopsie)	
VR00	Schmerztherapie bei Rückenschmerzen und Nervenwurzelinfiltration und als Besonderheit der Denervierung der Fazettengelenke und IS-Gelenke (Thermoablation)	
VR00	Krebstherapie bei Tumoren und Metastasen in Lunge, Leber, Niere und Knochen (Radiofrequenzablation)	
VR00	DSA Diagnostische Angiographie z.B. bei Schuppensterkrankheit	
VR00	DSA Beseitigung von Gefäßverengungen (Ballondilatation/PTA)	
VR00	Wiedereröffnung von Gefäßverschlüssen	
VR00	Einbringung von Stents	
VR00	Behandlung von Verengungen der Halsgefäße (Karotis-PTA)	
VR00	Therapie von Uterusmyomen (Myomembolisation)	
VR00	Verödungen der V. Spermatica	
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	allgemeine Röntgendiagnostik (digital) inkl. Ganzbeinaufnahmen
VR07	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)	Im Klinikum Robert - Koch Gehrden

VR08	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung	
VR09	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	Es können neben EKG-getriggerten Untersuchungen (Kardio-CT) schmerztherapeutische Eingriffe periradikuläre Therapie (PRT) und Tumorablationen Radiofrequenzablation(RF A) durchgeführt werden.
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	Biopsie; Lunge, Leber, Bauchraum; Drainagen, Herzuntersuchungen, RFA, Schmerztherapie
VR15	Arteriographie	- Ballonaufweitung (Ballondilatation) von Gefäßen bei Durchblutungsstörungen im Bauch-, Becken-, Arm- und Halsbereich - Einsetzen von inneren Gefäßstützen (Stents) bei Durchblutungsstörungen - Behandlung von Aussackungen von Gefäßen (sog. Aneurysmen) - Auflösung von Blutgerinnseln
VR16	Phlebographie	
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	1,5 Tesla
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	1,5 Tesla
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	1,5 Tesla
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	Virtuelle Koloskopie
VR28	Intraoperative Anwendung der Verfahren	PTA; Stentimplantation

VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern	
VR40	Spezialsprechstunde	
VR41	Interventionelle Radiologie	endoluminale Behandlung von Bauchaortenaneurysmen, PTA, Stentimplantationen (Bauch, Becken, Bein) Shunt PTA
VR42	Kinderradiologie	pädiatrische und neonatologische Aufnahmen
VR44	Teleradiologie	
VR47	Tumorembolisation	Lebermetastasen, hepatozelluläre Karzinome (HCC)

B-7.5 Fallzahlen Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-7.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-7.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-7.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-200	1270	Native Computertomographie des Schädels
2	3-990	1162	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
3	3-226	1047	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel
4	3-225	1026	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
5	3-222	623	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
6	3-203	472	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
7	3-800	405	Native Magnetresonanztomographie des Schädels
8	3-205	351	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems
9	3-206	276	Native Computertomographie des Beckens
10	3-221	207	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel

B-7.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

B-7.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ermächtigungsambulanz	
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	Arteriographie (VR15)
Angebotene Leistung	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung (VR26)
Angebotene Leistung	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel (VR11)
Angebotene Leistung	Computertomographie (CT), nativ (VR10)
Angebotene Leistung	Computertomographie (CT), Spezialverfahren (VR12)
Angebotene Leistung	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung (VR08)
Angebotene Leistung	Interventionelle Radiologie (VR41)
Angebotene Leistung	Intraoperative Anwendung der Verfahren (VR28)
Angebotene Leistung	Kinderradiologie (VR42)
Angebotene Leistung	Konventionelle Röntgenaufnahmen (VR01)
Angebotene Leistung	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel (VR23)
Angebotene Leistung	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ (VR22)
Angebotene Leistung	Phlebographie (VR16)
Angebotene Leistung	Quantitative Bestimmung von Parametern (VR29)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VR40)
Angebotene Leistung	Tumorembolisation (VR47)

Radiologie vor.u. nachst	
Ambulanzart	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
Angebotene Leistung	Arteriographie (VR15)
Angebotene Leistung	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel (VR11)
Angebotene Leistung	Computertomographie (CT), nativ (VR10)
Angebotene Leistung	Computertomographie (CT), Spezialverfahren (VR12)
Angebotene Leistung	Duplexsonographie (VR04)
Angebotene Leistung	Eindimensionale Dopplersonographie (VR03)
Angebotene Leistung	Interventionelle Radiologie (VR41)
Angebotene Leistung	Kinderradiologie (VR42)

Angebotene Leistung	Konventionelle Röntgenaufnahmen (VR01)
Angebotene Leistung	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel (VR23)
Angebotene Leistung	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ (VR22)
Angebotene Leistung	Phlebographie (VR16)
Angebotene Leistung	Sonographie mit Kontrastmittel (VR05)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VR40)

Ambulanz Radiologie	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Angebotene Leistung	Arteriographie (VR15)
Angebotene Leistung	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung (VR26)
Angebotene Leistung	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel (VR11)
Angebotene Leistung	Computertomographie (CT), nativ (VR10)
Angebotene Leistung	Computertomographie (CT), Spezialverfahren (VR12)
Angebotene Leistung	Duplexsonographie (VR04)
Angebotene Leistung	Eindimensionale Dopplersonographie (VR03)
Angebotene Leistung	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung (VR08)
Angebotene Leistung	Interventionelle Radiologie (VR41)
Angebotene Leistung	Intraoperative Anwendung der Verfahren (VR28)
Angebotene Leistung	Kinderradiologie (VR42)
Angebotene Leistung	Konventionelle Röntgenaufnahmen (VR01)
Angebotene Leistung	Native Sonographie (VR02)
Angebotene Leistung	Phlebographie (VR16)
Angebotene Leistung	Quantitative Bestimmung von Parametern (VR29)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VR40)
Angebotene Leistung	Teleradiologie (VR44)
Angebotene Leistung	Tumorembolisation (VR47)

Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Angebotene Leistung	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel (VR23)
Angebotene Leistung	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ (VR22)

B-7.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

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: 5,34

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,34	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,34	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 2,72

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,72	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,72	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

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

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Person:

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

B-7.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	Sind unter A-11.4 als MTRA eingetragen
Ambulant	0	Sind unter A-11.4 als MTRA eingetragen

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	Sind unter A-11.4 als MTRA eingetragen
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP24	Deeskalationstraining

B-7.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-8 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-8.1 Allgemeine Angaben Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Unsere Klinik erfreut sich seit vielen Jahrzehnten großer Beliebtheit im nördlichen Großraum Hannover bei werdenden Müttern und deren Familien. Auch Frauen mit gynäkologischen Erkrankungen wenden sich vertrauensvoll an uns. Modernste medizinische Einrichtungen und ansprechend eingerichtete Stationen ermöglichen Ihnen als Patientin einen angenehmen Aufenthalt, während dem Sie jederzeit kompetent und umfassend betreut werden.

Ein kleines Wunder wächst in Ihnen, Ihrer Partnerin oder Angehörigen heran. Vom Moment des Schwangerschaftstests über die erste Morgenübelkeit und die körperlichen und emotionalen Veränderungen bis hin zur Geburt erleben Sie zahlreiche einmalige Augenblicke. Während Ihrer Schwangerschaft und bei der Entbindung stehen wir Ihnen unterstützend zur Seite, um Ihnen Ihre Ängste zu nehmen und den kleinen Erdenbürger heil zur Welt zu bringen.

Unser Team aus Ärzten und Hebammen ist 24 Stunden am Tag für Sie da. Durch die direkte

Anbindung an eine Neugeborenenintensivstation sind wir auch auf Frühgeburten und Risikoschwangerschaften optimal vorbereitet.

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

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr.med Hubert K. Sommer
Telefon	05032/88-2400
Fax	05032/88-2401
E-Mail	frauenklinik.neustadt@krh.de
Straße/Nr	Lindenstraße 75
PLZ/Ort	31535 Neustadt am Rübenberge
Homepage	https://neustadt.krh.de/

B-8.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

B-8.3 Medizinische Leistungsangebote Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Frauenheilkunde und Geburtshilfe
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
VG07	Inkontinenzchirurgie
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
VG09	Pränataldiagnostik und -therapie
VG10	Betreuung von Risikoschwangerschaften

VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
VG12	Geburtshilfliche Operationen
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
VG15	Spezialsprechstunde
VG19	Ambulante Entbindung
VG05	Endoskopische Operationen
VG16	Urogynäkologie

B-8.5 Fallzahlen Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	2782
Teilstationäre Fallzahl	0

B-8.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-8.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	vollstat.	teilstat.	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	Z38	606	< 4	606	Lebendgeborene nach dem Geburtsort
2	O80	329	< 4	329	Spontangeburt eines Einlings
3	O42	214	< 4	214	Vorzeitiger Blasensprung
4	O34	141	< 4	141	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane
5	O62	130	< 4	130	Abnorme Wehentätigkeit
6	O26	74	< 4	74	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind
7	O48	66	< 4	66	Übertragene Schwangerschaft
8	O64	62	< 4	62	Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien des Fetus
9	N81	57	< 4	57	Genitalprolaps bei der Frau
10	O28	56	< 4	56	Abnorme Befunde bei der Screeninguntersuchung der Mutter zur pränatalen Diagnostik

B-8.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

B-8.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-8.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-758	762	Rekonstruktion weiblicher Genitalorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]
2	9-262	679	Postnatale Versorgung des Neugeborenen
3	9-261	522	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt
4	5-749	456	Andere Sectio caesarea
5	9-260	207	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt
6	5-704	170	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik
7	8-910	168	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie
8	5-683	100	Uterusexstirpation [Hysterektomie]
9	5-738	94	Episiotomie und Naht
10	5-690	81	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]

B-8.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

B-8.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Onkologische Sprechstunde Dr. Sommer	
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	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren (VG08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse (VG01)

Privatambulanz	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Angebotene Leistung	Betreuung von Risikoschwangerschaften (VG10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren (VG08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse (VG01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane (VG13)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse (VG02)

Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes (VG11)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes (VG14)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse (VG03)
Angebotene Leistung	Endoskopische Operationen (VG05)
Angebotene Leistung	Gynäkologische Chirurgie (VG06)
Angebotene Leistung	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie (VG04)
Angebotene Leistung	Pränataldiagnostik und -therapie (VG09)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VG15)
Angebotene Leistung	Urogynäkologie (VG16)

Notfallambulanz

Ambulanzart	Notfallambulanz (24h) (AM08)
Angebotene Leistung	Ambulante Entbindung (VG19)
Angebotene Leistung	Betreuung von Risikoschwangerschaften (VG10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren (VG08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane (VG13)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes (VG11)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes (VG14)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse (VG03)
Angebotene Leistung	Endoskopische Operationen (VG05)
Angebotene Leistung	Geburtshilfliche Operationen (VG12)
Angebotene Leistung	Gynäkologische Chirurgie (VG06)
Angebotene Leistung	Pränataldiagnostik und -therapie (VG09)

vor- und nachstationäre Behandlung

Ambulanzart	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
Angebotene Leistung	Betreuung von Risikoschwangerschaften (VG10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren (VG08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse (VG01)

Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane (VG13)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse (VG02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes (VG11)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes (VG14)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse (VG03)
Angebotene Leistung	Urogynäkologie (VG16)

Pränataldiagnostik	
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	Betreuung von Risikoschwangerschaften (VG10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes (VG11)
Angebotene Leistung	Pränataldiagnostik und -therapie (VG09)

B-8.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-690	181	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]
2	1-672	126	Diagnostische Hysteroskopie
3	1-471	70	Biopsie ohne Inzision am Endometrium
4	5-712	22	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva
5	5-751	14	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]
6	1-694	10	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)
7	5-691	10	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers
8	5-711	10	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)
9	5-702	7	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes
10	5-490	5	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion

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: 8,6

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,6	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,6	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 323,48837

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 2,2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,2	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1264,54545

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF10	Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie
ZF25	Medikamentöse Tumorthherapie
ZF27	Naturheilverfahren

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: 14,28

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	14,28	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	14,28	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 194,81793

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,9

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,9	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,9	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 3091,11111

Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,3	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 9273,33333

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,5	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 5564

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,6

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,6	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,6	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1738,75

Entbindungspfleger und Hebammen in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 17,6

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	17,6	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	17,6	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 158,06818

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 927,33333

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP06	Ernährungsmanagement	Laktationsberatung

B-8.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Dokumentierte Datensätze		Kommentar DAS
Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	77	98,70 %	76		
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	12	100,00 %	12		
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	10	100,00 %	10		
Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4)	25	100,00 %	25		
Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5)	17	100,00 %	17		
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)	< 4	< 4	< 4		
Karotis-Revaskularisation (10/2)	26	100,00 %	25		
Gynäkologische Operationen (15/1)	232	100,00 %	232		
Geburtshilfe (16/1)	1151	99,74 %	1148		
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	70	97,14 %	68		
Mammachirurgie (18/1)	51	100,00 %	51		

Cholezystektomie (CHE)	204	99,02 %	202		
Dekubitusprophylaxe (DEK)	221	100,00 %	221		
Herzchirurgie (HCH)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen (HCH_KC)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_CHIR)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_KATH)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	189	100,53 %	190		
Zählleistungsbereich Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP)	170	100,00 %	170		
Zählleistungsbereich Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE)	22	100,00 %	22		

Herztransplantationen, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Herztransplantation (HTXM_TX)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	81	100,00 %	81		
Zählleistungsbereich Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP)	79	100,00 %	79		
Zählleistungsbereich Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE)	< 4	< 4	< 4		
Leberlebendspende (LLS)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lebertransplantation (LTX)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Neonatologie (NEO)	409	100,00 %	408		
Nierenlebendspende (NLS)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) (PCI_LKG)	346	99,71 %	345		
Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation (PNTX)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

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

Leistungsbereich (LB)	Cholezystektomie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen an den Gallenwegen, die durch die Operation zur Gallenblasenentfernung verursacht wurden und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	58000
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	

Ergebnis (Einheit)	0,66
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,15 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 1,01
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,07 - 3,07
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Cholezystektomie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Erneute Eingriffe aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	58001
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,43
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,30 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 - 1,02
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,12 - 1,15
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Cholezystektomie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Infektionen, die im Zusammenhang mit der Operation zur Gallenblasenentfernung standen und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	58002
Grundgesamtheit	

Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	1,16
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,26 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,88 - 0,96
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,33 - 3,09
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Cholezystektomie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Blutungen, die eine Behandlung erforderten und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	58003
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,96
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,24 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 - 1,06
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,27 - 2,56
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Cholezystektomie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Weitere Komplikationen, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	58004

Grundgesamtheit	200
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	5,70
Ergebnis (Einheit)	0,70
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,24 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,03 - 1,09
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,24 - 1,67
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Cholezystektomie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Weitere Komplikationen, die innerhalb eines Jahres nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	58005
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,72
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,11 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,97 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,20 - 1,91
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Cholezystektomie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 90 Tagen nach Operation zur Gallenblasenentfernung verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	58006
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,66
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,05 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,97 - 1,04
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,14 - 2,10
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	52009
Grundgesamtheit	11237
Beobachtete Ereignisse	76
Erwartete Ereignisse	73,65
Ergebnis (Einheit)	1,03
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,45 (95. Perzentil)

Vertrauensbereich (bundesweit)	1,05 - 1,07
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,83 - 1,29
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)
Ergebnis-ID	52010
Grundgesamtheit	11237
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,00 - 0,00%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,03%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)
Ergebnis-ID	52326
Grundgesamtheit	11237
Beobachtete Ereignisse	70
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,62%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,35 - 0,35%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,49 - 0,79%
Bewertung des Stimmungsverfahrens	

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

Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 - 0,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)
Ergebnis-ID	521801
Grundgesamtheit	11237
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,04%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,06 - 0,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,02 - 0,10%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eine Kinderärztin bzw. ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend
Ergebnis-ID	318
Grundgesamtheit	38
Beobachtete Ereignisse	37
Erwartete Ereignisse	

Ergebnis (Einheit)	97,37%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,41 - 96,91%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	86,51 - 99,53%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung der Kennzahl	Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (individuelle Risiken von Mutter und Kind wurden nicht berücksichtigt)
Ergebnis-ID	321
Grundgesamtheit	1033
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,39%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,25 - 0,28%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,15 - 0,99%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung der Kennzahl	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Bei einer drohenden Frühgeburt wurde die Mutter vor der Geburt mit Kortison behandelt, dazu musste die Mutter bereits 2 Tage vor der Geburt in das Krankenhaus aufgenommen worden sein
Ergebnis-ID	330
Grundgesamtheit	12

Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	94,45 - 95,54%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	75,75 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Der Zeitraum zwischen der Entscheidung einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten
Ergebnis-ID	1058
Grundgesamtheit	18
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,26 - 0,52%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 17,59%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben
Ergebnis-ID	50045
Grundgesamtheit	342
Beobachtete Ereignisse	341

Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,71%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,00 - 99,08%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	98,36 - 99,95%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung der Kennzahl	Azidose bei reifen Einlingen
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)
Ergebnis-ID	51397
Grundgesamtheit	1033
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	2,40
Ergebnis (Einheit)	1,67
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,07 - 1,19
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,65 - 4,27
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51803

Grundgesamtheit	1066
Beobachtete Ereignisse	20
Erwartete Ereignisse	7,15
Ergebnis (Einheit)	2,80
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,32
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,09 - 1,15
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,82 - 4,29
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	A71
Kommentar beauftragte Stelle	Fehlerhafte Werte trotz Gerätewechsel. Es wird ein Anwendungsproblem angenommen. Fehlende Beachtung der Datenschutzvorgaben.
Bezeichnung der Kennzahl	Verstorbene Kinder
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51808_51803
Grundgesamtheit	1066
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,25
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,23 - 1,60
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 15,17
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	
Bezeichnung der Kennzahl	Kinder mit 5-Minuten-Apgar unter 5

Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Neugeborene, die sich gemessen an Atembewegungen, Puls, Grundtonus (Körperspannung), Aussehen (Hautfarbe) und Reflexerregbarkeit in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51813_51803
Grundgesamtheit	1062
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	2,11
Ergebnis (Einheit)	1,90
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,08 - 1,19
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,74 - 4,86
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	
Bezeichnung der Kennzahl	Kinder mit Base Excess unter -16
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Neugeborene mit einer Störung des Säure-Basen-Haushalts im Blut (Basenmangel) (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51818_51803
Grundgesamtheit	1055
Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	2,63
Ergebnis (Einheit)	4,57
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,93 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	2,62 - 7,94
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	
Bezeichnung der Kennzahl	Kinder mit Azidose (pH < 7,00)

Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Neugeborene mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51823_51803
Grundgesamtheit	1055
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	2,16
Ergebnis (Einheit)	1,85
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,18 - 1,30
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,72 - 4,74
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Azidose bei frühgeborenen Einlingen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)
Ergebnis-ID	51831
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	4,07
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,72 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,04 - 1,30
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,40 - 11,27
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Kaiserschnittgeburt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Geburten, die per Kaiserschnitt durchgeführt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)
Ergebnis-ID	52249
Grundgesamtheit	1142
Beobachtete Ereignisse	340
Erwartete Ereignisse	430,30
Ergebnis (Einheit)	0,79
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,28 (90. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,05 - 1,06
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,72 - 0,86
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10
Bezeichnung der Kennzahl	Robson-Klassifikation Ebene 1
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen von erstgebärenden Müttern unter spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden
Ergebnis-ID	182000_52249
Grundgesamtheit	245
Beobachtete Ereignisse	26
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	10,61%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	19,70 - 20,08%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	7,35 - 15,10%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	
Bezeichnung der Kennzahl	Robson-Klassifikation Ebene 2a
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt nach Einleitung der Geburt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182300_52249
Grundgesamtheit	182
Beobachtete Ereignisse	39
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	21,43%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	33,69 - 34,35%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	16,09 - 27,95%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	
Bezeichnung der Kennzahl	Robson-Klassifikation Ebene 2b
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt ohne Einleitung der Geburt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden
Ergebnis-ID	182301_52249
Grundgesamtheit	45
Beobachtete Ereignisse	45
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,98 - 100,00%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	92,13 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	
Bezeichnung der Kennzahl	Robson-Klassifikation Ebene 3
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, mit spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden
Ergebnis-ID	182002_52249
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	

Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,93 - 4,12%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	
Bezeichnung der Kennzahl	Robson-Klassifikation Ebene 4a
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt nach Einleitung der Geburt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden
Ergebnis-ID	182302_52249
Grundgesamtheit	125
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	4,80%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	7,69 - 8,16%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	2,22 - 10,08%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	
Bezeichnung der Kennzahl	Robson-Klassifikation Ebene 4b
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt ohne Einleitung der Geburt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden
Ergebnis-ID	182303_52249
Grundgesamtheit	21
Beobachtete Ereignisse	21
Erwartete Ereignisse	

Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,95 - 100,00%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	84,54 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	
Bezeichnung der Kennzahl	Robson-Klassifikation Ebene 5
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten mindestens ein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden
Ergebnis-ID	182004_52249
Grundgesamtheit	133
Beobachtete Ereignisse	97
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	72,93%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	73,19 - 73,75%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	64,82 - 79,76%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	
Bezeichnung der Kennzahl	Robson-Klassifikation Ebene 6
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Einlinge, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden
Ergebnis-ID	182005_52249
Grundgesamtheit	31
Beobachtete Ereignisse	31
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	

Vertrauensbereich (bundesweit)	92,72 - 93,48%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	88,97 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	
Bezeichnung der Kennzahl	Robson-Klassifikation Ebene 7
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden
Ergebnis-ID	182006_52249
Grundgesamtheit	28
Beobachtete Ereignisse	27
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	96,43%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	86,47 - 87,77%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	82,29 - 99,37%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	
Bezeichnung der Kennzahl	Robson-Klassifikation Ebene 8
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden
Ergebnis-ID	182007_52249
Grundgesamtheit	46
Beobachtete Ereignisse	29
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	63,04%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	74,92 - 76,08%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	48,60 - 75,48%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	
Bezeichnung der Kennzahl	Robson-Klassifikation Ebene 9
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Einlinge, die per Kaiserschnitt in Querlage (quer im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182008_52249
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,85 - 100,00%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	67,56 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	
Bezeichnung der Kennzahl	Robson-Klassifikation Ebene 10
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Einlinge, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden
Ergebnis-ID	182009_52249
Grundgesamtheit	62
Beobachtete Ereignisse	23
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	37,10%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	46,87 - 47,95%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	26,16 - 49,54%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung der Kennzahl	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)
Ergebnis-ID	181800
Grundgesamtheit	798
Beobachtete Ereignisse	0

Erwartete Ereignisse	1,12
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,72 - 0,86
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 3,43
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	
Bezeichnung der Kennzahl	Dammrisse Grad IV bei spontanen Einlingsgeburten
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der spontanen Geburt von Einlingen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)
Ergebnis-ID	181801_181800
Grundgesamtheit	714
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,72
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,65 - 0,83
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 5,34
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	
Bezeichnung der Kennzahl	Dammrisse Grad IV bei vaginaloperativen Einlingsgeburten
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt von Einlingen, bei der eine Saugglocke oder eine Geburtszange verwendet wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)
Ergebnis-ID	181802_181800
Grundgesamtheit	84
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,40
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	

Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,76 - 1,01
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 9,17
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Kinder, die in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 2) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer höher spezialisierten Einrichtung (Perinatalzentrum Level 1) hätten geboren werden müssen
Ergebnis-ID	182010
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,10 - 0,15%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N01

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) hätten geboren werden müssen
Ergebnis-ID	182011
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,66 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,53 - 2,74%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N01

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung ohne angeschlossene Kinderklinik (Geburtsklinik) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos entweder in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) oder in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) hätten geboren werden müssen
Ergebnis-ID	182014

Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 11,76 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	8,36 - 8,62%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N01

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	53
Beobachtete Ereignisse	49
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	92,45%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 81,46 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	89,05 - 89,67%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	83,05 - 97,40%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis
Ergebnis-ID	10211
Grundgesamtheit	24
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 10,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	6,63 - 7,35%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 9,84%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10
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)	9,82 - 12,27%
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	7
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	11,38 - 13,47%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,01 - 29,24%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen
Ergebnis-ID	12874
Grundgesamtheit	47
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,79 - 0,97%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 5,18%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen, bei denen während einer Operation mittels Bauchspiegelung an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)
Ergebnis-ID	51906
Grundgesamtheit	130
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,09
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,18
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,03 - 1,14
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 2,30
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter
Ergebnis-ID	52283
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,46 % (90. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,91 - 3,11%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
Ergebnis-ID	60685
Grundgesamtheit	66
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,69 - 0,85%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 3,72%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

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

Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 29,96 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	17,71 - 19,19%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschritmacher-Aggregatwechsel
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	111801
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,09 - 0,25%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 24,25%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N02

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 Problemen, die im Zusammenhang mit der Operation auftraten und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	2194
Grundgesamtheit	84
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	3,58
Ergebnis (Einheit)	1,12
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,54$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,96 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,35 - 2,59
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingten Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	2195
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	3,21
Risikoadjustierte Rate	

Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,51 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,78 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,18 - 14,12
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-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	51191
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,89
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,38 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,82 - 0,93
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,16 - 4,79
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten
Ergebnis-ID	52305
Grundgesamtheit	261
Beobachtete Ereignisse	259
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,23%
Risikoadjustierte Rate	

Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,06 - 96,20%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,25 - 99,79%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sondendislokation oder -dysfunktion
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	52311
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	2,01
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,43 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,89 - 1,01
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,55 - 6,94
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten
Ergebnis-ID	54143
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	

Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 10,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,28 - 3,58%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dosis-Flächen-Produkt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	101800
Grundgesamtheit	76
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	3,95
Ergebnis (Einheit)	1,01
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,30 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,96 - 1,02
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,40 - 2,46
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	101801
Grundgesamtheit	76

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,60 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,79 - 0,92%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 4,81%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten mit Implantation eines speziellen Herzschrittmachers (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) in der linken Herzkammer funktionsfähig positioniert wurde
Ergebnis-ID	102001
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,31 - 97,51%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N02

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	10
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,13
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,00 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,93 - 1,23
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 21,87
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

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	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,55 - 0,98%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N02

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	121800
Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,87 - 1,31%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 27,75%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N02

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile notwendig war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	10271
Grundgesamtheit	179
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	3,25
Ergebnis (Einheit)	2,46
Risikoadjustierte Rate	

Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,50 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,94 - 1,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,12 - 4,58
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Präoperative Verweildauer
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation
Ergebnis-ID	54003
Grundgesamtheit	97
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	7,22%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	7,95 - 8,35%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	3,54 - 14,15%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Gehunfähigkeit bei Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54012
Grundgesamtheit	140
Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	9,60
Ergebnis (Einheit)	1,25
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,44 (95. Perzentil)

Vertrauensbereich (bundesweit)	0,89 - 0,93
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,73 - 2,10
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde oder das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54013
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	1,12
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,26 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,83 - 0,95
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,20 - 6,06
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54015
Grundgesamtheit	97
Beobachtete Ereignisse	22
Erwartete Ereignisse	16,32
Ergebnis (Einheit)	1,35
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,08 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,03 - 1,06
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,92 - 1,90
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54016
Grundgesamtheit	73
Beobachtete Ereignisse	4

Erwartete Ereignisse	2,30
Ergebnis (Einheit)	1,74
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,84 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 0,96
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,68 - 4,20
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54017
Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	2,65
Ergebnis (Einheit)	1,89
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,07 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,88 - 0,96
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,84 - 3,54
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54018
Grundgesamtheit	97
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	4,97
Ergebnis (Einheit)	1,41
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,42 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,93 - 1,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,69 - 2,76
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54019
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,46

Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,48 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 0,96
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,08 - 2,48
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54120
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,60
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,22 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 - 1,04
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,17 - 1,84
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10
Bezeichnung der Kennzahl	Implantatassoziierte Komplikationen
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Komplikationen im Zusammenhang mit dem Implantat (z. B. eine Fehllage des Implantats, ein Bruch der Knochen rund um das eingesetzte Implantat oder eine Verrenkung/Auskugelung des künstlichen Hüftgelenks; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	191800_54120
Grundgesamtheit	

Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,57
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 - 1,08
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,10 - 2,73
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	
Bezeichnung der Kennzahl	Weichteilkomplikationen
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Komplikationen am Gewebe (z. B. eine Wundinfektion nach der Operation, Absterben von Gewebe an den Wundrändern, Schädigung oder Verletzung eines Blutgefäßes, Nervenschaden, Nachblutung oder Blutansammlungen in der Wunde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	191801_54120
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,62
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,95 - 1,04
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,11 - 2,95
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	191914
Grundgesamtheit	97
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	5,22
Ergebnis (Einheit)	0,96
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,91 - 0,97
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,41 - 2,14
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

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

Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	1,54
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,87 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,96 - 1,07
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,43 - 5,31
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Präoperative Verweildauer
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation
Ergebnis-ID	54030
Grundgesamtheit	67
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	11,94%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	7,37 - 7,78%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	6,18 - 21,83%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Gehunfähigkeit bei Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54033
Grundgesamtheit	51
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	8,84

Ergebnis (Einheit)	0,57
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,37 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 - 1,02
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,25 - 1,21
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Schlaganfall, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54042
Grundgesamtheit	68
Beobachtete Ereignisse	17
Erwartete Ereignisse	12,18
Ergebnis (Einheit)	1,40
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,21 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,03 - 1,07
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,91 - 2,03
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54046
Grundgesamtheit	68
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	2,87
Ergebnis (Einheit)	2,09
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,93 - 1,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,97 - 4,25
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren Aggregatwechsel
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	141800
Grundgesamtheit	17
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs

Vertrauensbereich (bundesweit)	0,13 - 0,38%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 18,43%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N02

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	25
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,33
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,71 - 1,02
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 10,01
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N02

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	77
Beobachtete Ereignisse	74
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	96,10%
Risikoadjustierte Rate	

Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,80 - 97,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	89,16 - 98,67%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sondendislokation oder -dysfunktion
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	52325
Grundgesamtheit	25
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,20
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,85 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,72 - 1,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 16,67
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dosis-Flächen-Produkt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	131801
Grundgesamtheit	25
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	1,98
Ergebnis (Einheit)	2,02
Risikoadjustierte Rate	

Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,12 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,93 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,81 - 4,38
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	131802
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,55 - 0,77%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N02

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren 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 Problemen im Zusammenhang mit der Operation (Sonden- oder Taschenprobleme), die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	132001

Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	3,57
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,72 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 1,05
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,59 - 11,03
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	U62

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen im Zusammenhang mit der Operation (Infektionen oder Aggregatperforationen), die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	132002
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,10
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,62 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,01 - 1,41
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 37,28
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten mit Implantation eines speziellen Schockgebers/Defibrillators (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) der linken Herzkammer funktionsfähig positioniert wurde
Ergebnis-ID	132003
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	13
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	92,86%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,15 - 96,08%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	68,53 - 98,73%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N02

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	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,62 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,64 - 0,90
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 36,19
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

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	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,49 - 0,93%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N02

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren Revision/Systemwechsel/Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	151800
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,90 %

Vertrauensbereich (bundesweit)	1,09 - 1,63%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose offen-chirurgisch
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten. Nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war
Ergebnis-ID	605
Grundgesamtheit	17
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,17 - 1,58%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 18,43%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose offenchirurgisch
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war
Ergebnis-ID	606
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,56 - 2,97%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus offenchirurgisch
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	11704
Grundgesamtheit	25
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,51
Ergebnis (Einheit)	0,00

Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,10 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,93 - 1,09
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 6,51
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus offenchirurgisch
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	11724
Grundgesamtheit	25
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,27
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,86 - 1,07
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 12,24
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose kathetergestützt
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, und Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden. Nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war
Ergebnis-ID	51445
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,31 - 2,32%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose kathetergestützt
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war, sowie Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden
Ergebnis-ID	51448
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,31 - 3,77%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
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)	2,76 - 3,49%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 35,43%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose kathetergestützt
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 (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
Ergebnis-ID	51860
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,43 - 3,82%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus kathetergestützt
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	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)
Ergebnis-ID	51865
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 1,22
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus kathetergestützt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	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)
Ergebnis-ID	51873
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	

Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,26 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,81 - 1,05
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N01

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offenchirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	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
Ergebnis-ID	52240
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,24 - 14,40%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N01

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Postprozedurale fachneurologische Untersuchung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	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
Ergebnis-ID	161800
Grundgesamtheit	25
Beobachtete Ereignisse	23
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	92,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,01 - 92,60%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	75,03 - 97,78%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose offen-chirurgisch
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während der Operation einen Schlaganfall oder sind während des Krankenhausaufenthalts verstorben
Ergebnis-ID	162301
Grundgesamtheit	18
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	

Vertrauensbereich (bundesweit)	1,27 - 1,67%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 17,59%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose kathetergestützt
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während oder nach dem Eingriff mit einem Katheter/ mit einem Schlauch (Katheter) einen Schlaganfall oder sind während des Krankenhausaufenthalts verstorben
Ergebnis-ID	162304
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,42 - 2,35%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Gehunfähigkeit bei Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus selbstständig keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54028
Grundgesamtheit	76
Beobachtete Ereignisse	0

Erwartete Ereignisse	0,81
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,97 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,77 - 0,88
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 4,54
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung der Kennzahl	Primäre Axilladisektion bei DCIS
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden vollständig bzw. nahezu vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten)
Ergebnis-ID	2163
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,03 - 0,17%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Entnahme eines oder mehrerer Lymphknoten der Achselhöhle bei einer Vorstufe zu Brustkrebs und einer Operation, bei der die betroffene Brust nicht vollständig entfernt wurde
Ergebnis-ID	50719
Grundgesamtheit	

Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,62 - 3,51%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

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	22
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,91 % (90. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,53 - 1,75%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 10,67%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt
Ergebnis-ID	51846
Grundgesamtheit	31
Beobachtete Ereignisse	30

Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	96,77%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 97,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,57 - 98,73%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	85,90 - 99,65%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	51847
Grundgesamtheit	19
Beobachtete Ereignisse	18
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	94,74%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,14 - 97,51%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	77,93 - 99,43%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Während der Operation wurde das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert, 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	6
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,86 - 99,08%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	66,96 - 99,99%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Während der Operation wurde das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.
Ergebnis-ID	52330
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,73 - 99,04%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nach der Operation zur Entfernung eines bösartigen Tumors fand eine Konferenz statt, auf der alle wichtigen Befunde besprochen und die weitere Therapie für die Patientin oder den Patienten abgestimmt wurde. An dieser Konferenz nahmen Expertinnen und Experten der medizinischen Fachbereiche teil, die für die Diagnostik und Behandlung von Brustkrebs verantwortlich sind.
Ergebnis-ID	211800
Grundgesamtheit	27
Beobachtete Ereignisse	27
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 98,69 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,58 - 99,68%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	91,19 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)
Ergebnis-ID	212000
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	

Referenzbereich (bundesweit)	>= 94,85 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,73 - 96,62%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich nicht um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)
Ergebnis-ID	212001
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 70,92 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	88,27 - 89,05%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	U99
Kommentar beauftragte Stelle	Fehlende Beachtung der DeQS-RL Anonymisierungsvorgaben, kein Hinweis auf Qualitätsmängel (vereinzelte Dokumentationsprobleme).

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vor der Operation zur Entfernung eines bösartigen Tumors fand eine Konferenz statt, auf der alle wichtigen Befunde besprochen und die weitere Therapie für die Patientin oder den Patienten abgestimmt wurde. An dieser Konferenz nahmen Expertinnen und Experten der medizinischen Fachbereiche teil, die für die Diagnostik und Behandlung von Brustkrebs verantwortlich sind.
Ergebnis-ID	212400
Grundgesamtheit	29
Beobachtete Ereignisse	28
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	96,55%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 38,35 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	79,81 - 80,39%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	84,99 - 99,63%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	Intraund periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Schwerwiegende Hirnblutung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	50050
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	

Vertrauensbereich (bundesweit)	1,03 - 1,30
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	50052
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,97 - 1,24
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 336,22
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Schwerwiegende Schädigung der Lunge (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	50053
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	

Vertrauensbereich (bundesweit)	2,06 - 2,45
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nosokomiale Infektion
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Im Krankenhaus erworbene Infektionen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	50060
Grundgesamtheit	359
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,31
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,60 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,84 - 0,96
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 2,90
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Pneumothorax unter oder nach Beatmung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Beatmete Kinder mit einer Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	50062
Grundgesamtheit	64
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,26
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,36 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,97 - 1,11
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 2,87

Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10
Bezeichnung der Kennzahl	Keine Punktion oder Drainage des Pneumothorax
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Keine Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern
Ergebnis-ID	222000_50062
Grundgesamtheit	64
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,81 - 1,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 5,66%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	
Bezeichnung der Kennzahl	Behandlung des Pneumothorax mit Einmalpunktion
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Einmalige Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern
Ergebnis-ID	222001_50062
Grundgesamtheit	64
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,13 - 0,22%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 5,66%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	
Bezeichnung der Kennzahl	Behandlung des Pneumothorax mit mehreren Punktionen oder Pleuradrainage
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Mehrfache Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern

Ergebnis-ID	222002_50062
Grundgesamtheit	64
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,25 - 1,50%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 5,66%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Durchführung eines Hörtests
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ein Hörtest wurde durchgeführt
Ergebnis-ID	50063
Grundgesamtheit	400
Beobachtete Ereignisse	394
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,50%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,04 - 98,22%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,77 - 99,31%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sehr kleine Frühgeborene, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36,0 °C festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	50069
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,06
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,97 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,87 - 1,06
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 35,35
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Lebendgeborene, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36,0 °C festgestellt wurde (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	50074
Grundgesamtheit	397
Beobachtete Ereignisse	31
Erwartete Ereignisse	13,71
Ergebnis (Einheit)	2,26
Risikoadjustierte Rate	

Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,96 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,87 - 0,94
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,61 - 3,15
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	A71
Kommentar beauftragte Stelle	Das Problem wurde erkannt. Maßnahmen wurden eingeleitet.

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (rohe Rate)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Lebendgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen; individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)
Ergebnis-ID	51070
Grundgesamtheit	385
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,20 - 0,27%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,99%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	Intraund periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Schwerwiegende Hirnblutung (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)
Ergebnis-ID	51076
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	

Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,87 - 3,64%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)
Ergebnis-ID	51078
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,76 - 6,13%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Schwerwiegende Schädigung der Lunge (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)
Ergebnis-ID	51079
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	

Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	7,18 - 8,55%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)
Ergebnis-ID	51832
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,11 - 3,91%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	51837
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,95 - 1,19
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Schwerwiegende Schädigung und Entzündung des Darms (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)
Ergebnis-ID	51838
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,69 - 2,27%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 48,99%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Schwerwiegende Schädigung und Entzündung des Darms (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	51843
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,04
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,89 - 1,19
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 45,67
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühgeborene, die verstorben sind oder eine schwerwiegende Hirnblutung, schwerwiegende Schädigungen des Darms, der Lunge oder der Netzhaut des Auges hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	51901
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,05
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,43 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,19 - 1,33
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 38,71
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	51136_51901
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,95 - 1,19
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	
Bezeichnung der Kennzahl	Intraund periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Schwerwiegende Hirnblutung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	51141_51901
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 - 1,31
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	
Bezeichnung der Kennzahl	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)

Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Schwerwiegende Schädigungen des Darms (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	51146_51901
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,05
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,88 - 1,15
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 40,67
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	
Bezeichnung der Kennzahl	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Schwerwiegende Schädigung der Lunge (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	51156_51901
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,03 - 2,46
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	
Bezeichnung der Kennzahl	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	51161_51901
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	

Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,71 - 1,06
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 324,92
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	Intraund periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Schwerwiegende Hirnblutung mit Operation aufgrund einer Ansammlung von überschüssiger Flüssigkeit im Gehirn (sogenannter Wasserkopf)
Ergebnis-ID	222200
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,36 - 0,65%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 48,99%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Schwerwiegende Schädigungen des Darms, die eine Operation oder Therapie erfordern (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	222201

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,02
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,76 - 1,02
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 80,13
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) (rohe Rate)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Schwerwiegende Schädigung des Darms (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)
Ergebnis-ID	222400
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,03 - 1,50%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 48,99%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Schwerwiegende Schädigung des Darms (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	222401
Grundgesamtheit	4

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,01
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,87 - 1,27
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 226,57
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Lebendgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	222402
Grundgesamtheit	385
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,32
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,84 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,81 - 1,09
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 11,94
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	""Door-to-balloon""-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation STHebungsinfarkt"
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten
Ergebnis-ID	56003
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	78,57%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 75,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	80,65 - 81,55%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	53,10 - 93,57%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	""Door""-Zeitpunkt oder ""Balloon""Zeitpunkt unbekannt"
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten
Ergebnis-ID	56004
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,50 %

Vertrauensbereich (bundesweit)	1,38 - 1,66%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 16,16%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt
Ergebnis-ID	56008
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 0,25 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,22 - 0,24%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

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	17
Beobachtete Ereignisse	17
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 94,54 % (5. Perzentil)

Vertrauensbereich (bundesweit)	94,86 - 95,30%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	86,45 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Der geplante Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	56100
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,03 - 1,17
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N01

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die geplante Herzkatheteruntersuchung war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen und nachdem sie über eine mögliche Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) oder eine geplante Bypass-Operation oder eine andere geplanten Operation am Herzen informiert wurden gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	56101
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,06
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N01

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Prozessbegleitende Koordination der Versorgung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten erhielten übereinstimmende Informationen vom Pflegepersonal und von Ärztinnen bzw. Ärzten und konnten bei Bedarf Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mit Ärztinnen und Ärzten hinzuziehen
Ergebnis-ID	56103
Grundgesamtheit	123
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	

Ergebnis (Einheit)	90,29Punkte
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	89,06 - 89,29Punkte
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	87,24 - 92,93Punkte
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflegeund Assistenzpersonals
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit dem Pflege- und Assistenzpersonal machten
Ergebnis-ID	56104
Grundgesamtheit	123
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	87,72Punkte
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	86,60 - 86,76Punkte
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	85,89 - 89,43Punkte
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit den Ärztinnen und Ärzten machten
Ergebnis-ID	56105
Grundgesamtheit	123
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	84,68Punkte
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	85,05 - 85,17Punkte
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	83,16 - 86,13Punkte
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patienteninformation vor der elektiven Prozedur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten wurden vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung aufgeklärt und informiert
Ergebnis-ID	56106
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs

Vertrauensbereich (bundesweit)	74,95 - 75,23Punkte
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N01

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten wurden über das Absetzen bzw. Umstellen ihrer Medikamente vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung informiert
Ergebnis-ID	56107
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	89,36 - 89,94Punkte
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N01

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten konnten sich an Entscheidungen hinsichtlich des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung beteiligen
Ergebnis-ID	56108
Grundgesamtheit	

Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	80,28 - 80,70Punkte
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N01

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Wartezeit im Patientenhemd vor der Zeit im Herzkatheterlabor
Ergebnis-ID	56109
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	84,01 - 84,39Punkte
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N01

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Ärztinnen und Ärzte haben sich vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung den Patientinnen und Patienten vorgestellt und das Pflege- und Assistenzpersonal sowie die Ärztinnen und Ärzte sind während des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung auf die Patientinnen und Patienten eingegangen
Ergebnis-ID	56110
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	91,02 - 91,49Punkte
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N01

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patienteninformation nach der Prozedur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten erhielten nach dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung Informationen zur weiteren Versorgung
Ergebnis-ID	56111
Grundgesamtheit	123
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	78,18Punkte

Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	79,64 - 80,01Punkte
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	69,37 - 82,21Punkte
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten erhielten nach einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente
Ergebnis-ID	56112
Grundgesamtheit	38
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	59,36Punkte
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	61,39 - 61,85Punkte
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	53,47 - 65,24Punkte
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten mit dringend notwendigem bzw. akutem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße erhielten Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und zum Umgang mit psychischer Belastung
Ergebnis-ID	56113
Grundgesamtheit	45
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	37,34Punkte
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	48,50 - 49,70Punkte
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	27,51 - 47,68Punkte
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N99
Kommentar beauftragte Stelle	Zum Auswertungsjahr 2025 erfolgt nur in ausgewählten Fällen ein Stellungnahmeverfahren. Daher ist keine Beurteilung vorgesehen.

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten mit einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße wurde bei einer Entlassung am Wochenende oder einem Feiertag angeboten, die benötigten Medikamente oder ein Rezept mitzubekommen
Ergebnis-ID	56114
Grundgesamtheit	13

Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	89,29Punkte
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	91,32 - 92,42Punkte
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	69,29 - 99,16Punkte
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten wurden in der Zeit unmittelbar nach der Herzkatheteruntersuchung oder dem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße regelmäßig gefragt, ob sie Schmerzen haben, und erhielten bei Bedarf Schmerzmittel
Ergebnis-ID	56115
Grundgesamtheit	123
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	74,48Punkte
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	77,99 - 78,54Punkte
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	67,05 - 81,26Punkte
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten haben keine Beschwerden wie Kribbeln, Schmerzen oder Taubheitsgefühle an den Gliedmaßen der Einstichstelle, über die die Herzkatheteruntersuchung oder der Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße durchgeführt wurde
Ergebnis-ID	56116
Grundgesamtheit	123
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	91,39Punkte
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	93,34 - 93,71Punkte
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	85,84 - 95,67Punkte
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vermeidung schmerzhafter und / oder bewegungseinschränkender Hämatome bei der elektiven Prozedur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten ohne Blutansammlungen im Gewebe (keine Blutergüsse/Hämatome) nach dem geplanten Eingriff (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	56117
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	

Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,04
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N01

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen sich durch den geplanten Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) die Symptome gebessert haben (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	56118
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,97 - 1,01
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N01

C-1.2 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**

		Legende - Bewertung durch das Stellungnahmeverfahren
A43	=	unzureichend
A71	=	Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel
A72	=	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
A99	=	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
D80	=	Unvollständige oder falsche Dokumentation

D81	=	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
D99	=	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
H99	=	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
N01	=	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
N02	=	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
N99	=	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
R10	=	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich
S92	=	Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden
S99	=	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
U34	=	zureichend
U61	=	Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)
U62	=	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
U63	=	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
U99	=	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

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

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

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

Trifft nicht zu.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu.

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

C-5.1 Umsetzung der Mm-R im Berichtsjahr

	Mindestmenge	Erbrachte Menge
Kniegelenk-Totalendoprothesen	50	79

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

Leistungsbereiche	
Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)	
Der Krankenhausstandort ist im Prognosejahr 2026 zur Leistungserbringung berechtigt:	Nein
Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Der Krankenhausstandort ist im Prognosejahr 2026 zur Leistungserbringung berechtigt:	Ja

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

Leistungsbereiche	
Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)	
Die Prognose wurde von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt:	Nein
Erreichte Leistungsmenge im Berichtsjahr 2024:	Keine Leistungsmenge im Rahmen der Prognosedarlegung übermittelt
Erreichte Leistungsmenge in den Quartalen 2024/3, 2024/4, 2025/1 und 2025/2:	Keine Leistungsmenge im Rahmen der Prognosedarlegung übermittelt
Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Die Prognose wurde von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt:	Ja
Erreichte Leistungsmenge im Berichtsjahr 2024:	79
Erreichte Leistungsmenge in den Quartalen 2024/3, 2024/4, 2025/1 und 2025/2:	79

C-5.2.1.b Erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung (§ 6 Mm-R)

Leistungsbereiche

Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)

Der Krankenhausträger hat den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die erstmalige Erbringung der Leistung oder deren erneute Erbringung im Prognosejahr 2026 nach einer mindestens 24-monatigen Unterbrechung schriftlich mitgeteilt:

Nein

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

Leistungsbereiche

Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)

Die zuständige Krankenhausplanungsbehörde hat zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gemäß § 136b Absatz 5a SGB V, auf Antrag des Krankenhauses und im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen für die betreffende Leistung entschieden, dass das Leistungserbringungsverbot und der Vergütungsausschluss nach § 136b Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V im Prognosejahr 2026 keine Anwendung finden:

Nein

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

Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen – Perinataler Schwerpunkt (CQ07)
Weiterführende standortbezogene Informationen unter: www.perinatalzentren.org

C-6.1 Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)

C-6.2 Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)

An dieser Stelle ist die Umsetzung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser darzustellen (QSFFx-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der QSFFx-RL Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer

nicht intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfraktur festgelegt. Die Mindestanforderungen sind am Standort zu erfüllen.

- Im Rahmen des Nachweisverfahrens (§ 6 QSFFx-RL) ist jährlich zwischen dem 15.11. und 31.12. der Status der Erfüllung der Mindestvorgaben an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln. Nichterfüllungen einzelner Mindestanforderungen, die mehr als 48 Stunden andauern, sind auch unterjährig unverzüglich zu melden, ebenso wie deren Wiedererfüllung.
- Alle Meldungen, die im Laufe eines Jahres an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gesendet wurden, sind bis zum 15. Februar des Folgejahres in Form einer Strukturabfrage (§ 8 QSFFx-RL) an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu übermitteln. Diese Daten bilden die Grundlage für die im Folgenden dargestellten Angaben.

Jahresnachweis

C-6.2.1 Beleg zur Erfüllung der Anforderung der Richtlinie

Beleg zur Erfüllung vollständig geführt	
Anzahl der Tage, die mit der Strukturabfrage abgebildet werden:	366

C-6.2.2 Angaben zur Erfüllung der Mindestanforderungen

Anzahl der Tage, für die eine Nichterfüllung mindestens einer Mindestanforderung angegeben wurde:	55
Anzahl der Mindestanforderungen, die mindestens 48 Stunden nicht erfüllt wurden:	8

C-6.2.2.1 Allgemeine Mindestanforderungen

	Gemeldete Tage mit Nichterfüllung
- Das Krankenhaus verfügt mindestens über die Fachabteilung Chirurgie am Standort.	0
- Das Krankenhaus verfügt mindestens über die Fachabteilung Innere Medizin am Standort.	0
- Es sind jeweils eine für die Notfallversorgung verantwortliche Ärztin oder verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft benannt, die fachlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet und im Bedarfsfall verfügbar sind.	0
- Das für die Notfallversorgung benannte Personal nimmt regelmäßig an fachspezifischen Fortbildungen für Notfallmedizin teil.	0

- Es ist jeweils eine Fachärztin oder ein Facharzt im Gebiet Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten verfügbar.	24
- Das Krankenhaus hält eine Intensivstation mit mindestens sechs Betten vor.	0
- Mindestens drei Intensivtherapiebetten sind zur Versorgung beatmeter Patientinnen und Patienten ausgestattet.	0
- Es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten zur Anwendung.	0
- Es ist ein Schockraum verfügbar.	0
- Die 24 -stündige Verfügbarkeit von Computertomographie ist sichergestellt.	31
- Es besteht die Möglichkeit der Weiterverlegung einer Notfallpatientin oder eines Notfallpatienten auf dem Luftweg in ein Krankenhaus der Basisnotfallversorgung oder einer höheren Stufe.	0

C-6.2.2.2 Spezifische Mindestanforderungen

	Gemeldete Tage mit Nichterfüllung
- Die Versorgung der Patientinnen und Patienten erfolgt in einer ärztlich geleiteten Fachabteilung, die eine fachlich unabhängige, abgrenzbare und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Standort des Krankenhauses ist.	0
- Die Durchführung der mit den Kombinationen aus Diagnosen und Prozeduren nach Anlage 1 QSFFx-RL beschriebenen Operationen erfolgt durch oder unter Anleitung und Aufsicht einer Fachärztin oder eines Facharztes für Chirurgie, für Allgemeinchirurgie, für Orthopädie oder für Orthopädie und Unfallchirurgie.	0
- Die ärztliche Versorgung in der Fachabteilung ist durch eine täglich 24-stündige Arztpräsenz im Krankenhaus (Bereitschaftsdienst möglich) sichergestellt, die auch eine jederzeitige operative Patientenversorgung gewährleistet.	24
- Die Einrichtung und Ausstattung des Operationssaals lässt sowohl osteosynthetische als auch endoprothetische Versorgung zu. Entsprechende Implantate und Instrumente stehen jederzeit zur Verfügung.	0
- Für Patientinnen und Patienten mit positivem geriatrischen Screening ist täglich geriatrische Kompetenz für die perioperative Versorgung zu gewährleisten.	24
- Physiotherapie durch eine Physiotherapeutin oder einen Physiotherapeuten steht täglich für jede Patientin oder jeden Patienten zur Atemgymnastik und frühzeitigen Mobilisierung ab dem ersten postoperativen Tag zur Verfügung.	0

C-6.2.2.3 Mindestanforderungen an die Prozessqualität

	Gemeldete Tage mit Nichterfüllung
- SOP „Besondere Situationen der Einwilligungsfähigkeit“	0
- SOP „Perioperative Planung“	24
- SOP „Operationsverfahren“	24
- SOP „Umgang mit gerinnungshemmender Medikation“	24
- SOP „Patientenorientiertes Blutmanagement (PBM)“	0
- SOP „Ortho-geriatrische Versorgung“	24
- SOP „Physiotherapeutische Maßnahmen“	0

C-6.2.3 Kommentar zur Umsetzung der QSFFx-RL

Kommentar zur Umsetzung der QSFFx-RL:

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)	65
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	54
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	54

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monats-bezogener Erfüllungs-grad	Ausnahme-tatbestände
Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie	D01	Tagschicht	100,00%	0
Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie	D61	Tagschicht	100,00%	0
Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie	D71	Tagschicht	100,00%	0
Orthopädie, Unfallchirurgie	D01	Nachtschicht	100,00%	0
Orthopädie, Unfallchirurgie	D61	Nachtschicht	100,00%	0
Orthopädie, Unfallchirurgie	D71	Nachtschicht	100,00%	0
Allgemeine Pädiatrie	D27	Tagschicht	100,00%	0

Allgemeine Pädiatrie	D27	Nachtschicht	100,00%	0
Intensivmedizin	D29I	Tagschicht	100,00%	0
Intensivmedizin	D29I	Nachtschicht	100,00%	0
Innere Medizin, Kardiologie	D31	Tagschicht	100,00%	0
Innere Medizin, Kardiologie	D31	Nachtschicht	100,00%	0
Innere Medizin, Kardiologie	D41	Tagschicht	100,00%	0
Innere Medizin, Kardiologie	D41	Nachtschicht	100,00%	0
Innere Medizin, Kardiologie	D63	Tagschicht	100,00%	0
Geriatrie	D31	Nachtschicht	100,00%	0
Geriatrie	D41	Nachtschicht	100,00%	0
Geriatrie	D63	Nachtschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie	D34_D35	Tagschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie	D43	Tagschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie	DZNAAE	Tagschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie	D34_D35	Nachtschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie	D43	Nachtschicht	100,00%	0

Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie	DZNAAE	Nachtschicht	100,00%	0
Gynäkologie und Geburtshilfe	D51	Tagschicht	91,67%	0
Gynäkologie und Geburtshilfe	D51	Nachtschicht	100,00%	0
Neonatologische Pädiatrie	D59I	Tagschicht	100,00%	0
Neonatologische Pädiatrie	D59I	Nachtschicht	100,00%	0

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad
Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie	D01	Tagschicht	100,00%
Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie	D61	Tagschicht	95,11%
Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie	D71	Tagschicht	100,00%
Orthopädie, Unfallchirurgie	D01	Nachtschicht	100,00%
Orthopädie, Unfallchirurgie	D61	Nachtschicht	86,49%
Orthopädie, Unfallchirurgie	D71	Nachtschicht	100,00%
Allgemeine Pädiatrie	D27	Tagschicht	81,69%
Allgemeine Pädiatrie	D27	Nachtschicht	96,72%
Intensivmedizin	D29I	Tagschicht	95,08%
Intensivmedizin	D29I	Nachtschicht	98,36%
Innere Medizin, Kardiologie	D31	Tagschicht	94,26%

Innere Medizin, Kardiologie	D31	Nachtschicht	72,13%
Innere Medizin, Kardiologie	D41	Tagschicht	82,51%
Innere Medizin, Kardiologie	D41	Nachtschicht	70,77%
Innere Medizin, Kardiologie	D63	Tagschicht	99,18%
Geriatrie	D31	Nachtschicht	72,13%
Geriatrie	D41	Nachtschicht	70,77%
Geriatrie	D63	Nachtschicht	93,72%
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie	D34_D35	Tagschicht	84,15%
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie	D43	Tagschicht	93,99%
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie	DZNAAE	Tagschicht	96,15%
Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie	D34_D35	Nachtschicht	85,52%
Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie	D43	Nachtschicht	80,60%
Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie	DZNAAE	Nachtschicht	98,90%
Gynäkologie und Geburtshilfe	D51	Tagschicht	60,66%

Gynäkologie und Geburtshilfe	D51	Nachtschicht	80,87%
Neonatologische Pädiatrie	D59I	Tagschicht	93,17%
Neonatologische Pädiatrie	D59I	Nachtschicht	98,36%

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

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt.
- Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltszahlen zur Personalbemessung.
- Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei differenzierte Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist.

Für das Berichtsjahr 2024 gilt im ersten und zweiten Quartal ein Umsetzungsgrad von 95 % und im dritten und vierten Quartal ein Umsetzungsgrad von 90 %.

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

C-9.4 Kommentar zur Umsetzung der PPP-RL

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

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

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

Arzneimittel für neuartige Therapien

Werden am Krankenhausstandort Arzneimittel für neuartige
Therapien angewendet?

Nein

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Qualitätsstrategie des Klinikums Region Hannover

„Aus Verantwortung gemeinsam für gute Medizin“

Das Selbstverständnis des Klinikums Region Hannover (KRH) spiegelt unser Bewusstsein für eine hochwertige und moderne Patientenversorgung im gesamten Klinikverbund wieder. Alle Einwohner*innen der Region müssen jederzeit auf bedarfsgerechte Versorgungsangebote zugreifen und von einer flächendeckenden Versorgung profitieren können. Dieser Versorgungsauftrag wird von der Qualitätsstrategie des Klinikverbundes fortwährend unterstützt.

In 2024 wurden die Maßnahmen der im Vorjahr veröffentlichten Medizinstrategie 2030 weiter umgesetzt. Im Sinne einer Spezialisierung und Stärkung des Leistungsangebotes wurde z. B. die Zusammenführung der Krankenhäuser Großburgwedel und Lehrte begonnen sowie die Verlagerung der Geriatrie aus Langenhagen an den Standort Nordstadt vorbereitet. Am Standort Laatzen wurde mit der Konzeption eines intersektoralen Versorgungsangebotes begonnen.

Das KRH investiert weiterhin in die Digitalisierung und arbeitet fortlaufend an der Modernisierung und Automatisierung seiner Prozesse. Eine zentrale Rolle spielt hierbei z. B. das mehrjährige Projekt zum Patientenportal „Dein KRH“. Dieses bietet eine zentrale Plattform zur Verbesserung der Patientenkommunikation, zur Optimierung administrativer Prozesse sowie zur standortübergreifenden Vernetzung. Es stehen zahlreiche digitale Services zur Verfügung: Unter anderem können Termine eingesehen und verwaltet werden, sowohl für ambulante als auch stationäre Leistungen. Auch Informationsmaterialien zu unseren Standorten und Fachkliniken sind jederzeit abrufbar. Es können sogar Behandlungsverträge in den somatischen Kliniken digital zugewiesen und bereits mobil von zu Hause aus unterzeichnet werden – ein weiterer Schritt in Richtung papierloser und effizienter Patientenkommunikation.

Ein Krankenhaus benötigt viele Materialien, die in richtiger Qualität und Menge an der richtigen Stelle vorrätig sein müssen. Daher hat der Klinikverbund eine moderne Krankenhauslogistik etabliert. Eine digitale Warenverfolgung mithilfe von Barcode-Scannern und digitalem Verwaltungssystem sorgt dafür, dass für unsere Patienten z. B. das richtige Implantat zuverlässig im dafür vorgesehenen OP-Saal am OP Tag vorhanden ist.

Im Jahr 2024 wurde der Neubau der Zentralapotheke KRH begonnen. Auch künftig will der Klinikverbund eine gute Versorgung mit Arzneimitteln für die eigenen Standorte sowie andere Krankenhäuser der Region sicherstellen. Bei teilweise weltweiten Lieferengpässen von Medikamenten, sind eine hochmoderne Arzneimittellogistik und eigene Herstellung besonders wertvoll. In der neuen Apotheke kann die individuelle

Medikation der Patientinnen und Patienten automatisiert hergestellt werden (Unit-Dose-Versorgung). Dies reduziert Medikationsfehler und ebenso den Zeitaufwand für die Pflegekräfte auf Station.

In der Arbeit der KRH Akademie nimmt die Förderung von Pflegefachkräften einen hohen Stellenwert ein. Der in 2024 etablierte Vorbereitungskurs „Pflegeassistent“ setzt dazu einen wichtigen Schritt in den Aufbau benötigter Qualifikationen im Pflegebereich und fördert durch die Kooperation mit der „Diakovere-Kolleg“ zugleich die Vernetzung in der Pflegeausbildung. Hierzu trägt auch die Etablierung von regelmäßigen Kooperationstreffen mit Partnern aus der ambulanten und stationäre Langzeitpflege bei. Die Inhalte dieses neuen Austauschformates können künftig gezielt in die Pflegeausbildung integriert und dazu genutzt werden, die Auszubildenden optimal auf die Herausforderungen in der Pflegepraxis vorzubereiten.

Im Klinikverbund KRH gibt es komplexe Veränderungen mit hoher Dynamik. Dies geschieht stets mit dem Ziel, zukunftsfähige Versorgung für die Region anzubieten.

Das Qualitätsmanagementsystem wird auch während dieses Wandels durchgängig im Klinikverbund aufrechterhalten und umgesetzt. Im Jahr 2024 wurden die psychiatrischen Einrichtungen des KRH nach der DIN EN ISO erstzertifiziert. Alle KRH Standorte sind somit lückenlos nach DIN EN ISO 9001 zertifiziert. Das im Vorjahr neugegründete Institut für Radiologie hat sich in 2024 intensiv auf die Erstzertifizierung in 2025 vorbereitet.

D-2 Qualitätsziele

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

Konsequente Patienten- und Kundenorientierung (neben Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gehören auch Angehörige und Besucher, einweisende Ärztinnen/Ärzte und Partner weiterer Gesundheitseinrichtungen, Krankenkassen, Politiker und Medien zu den Kunden der Krankenhäuser)

Medizinisches Leistungsangebot entsprechend dem wissenschaftlichen Fortschritt und orientiert an nationalen und internationalen Standards.

Perspektivisch kontinuierliche Weiterentwicklung und Maßnahmenumsetzung unter den Aspekten von Ergebnisqualität und Patientensicherheit. Konsequente patientenorientierte Prozessoptimierung, unter anderem zur Entlastung der Mitarbeiter/innen.

Effiziente Nutzung der Ressourcen aus Aus-, Fort- und Weiterbildung zur Personalentwicklung eines lernenden Unternehmens.

Externe Kooperationen und (Vertrags-)Partnerschaften mit Kostenträgern, niedergelassenen Ärzten, ambulanter und stationärer Pflege

Gesellschaft und Umwelt

Nutzen der unternehmenseigenen Expertise zum Aufbau eines Netzwerks mit spezialisierten Zentren zur Sicherstellung der wohnortnahen stationären Krankenversorgung

Es gibt jeweils aus den drei Bereichen des Direktoriums und dem Bereich Qualitätsmanagement übergeordnete Ziele. Die Zielbewertung erfolgt in der jährlichen Managementbewertung durch das Direktorium.

D-3 Aufbau des einrichtungswen Qualitätsmanagements

Auf Konzernebene ist eine zentrale Abteilung Qualitätsmanagement eingerichtet. Die dortigen Mitarbeiter stehen den einzelnen Qualitätsmanagement-Beauftragten der Häuser beratend zur Verfügung und bearbeiten die strategische Ausrichtung des Qualitätsmanagements der KRH Kliniken. Als zentrales Gremium ist ein Netzwerk Qualitätsmanagement etabliert.

Das Netzwerk dient als Forum für die Bearbeitung hausübergreifender Themen sowie für den kollegialen Informations- und Erfahrungsaustausch. Gemeinsam werden entscheidungsrelevante Belange des Qualitätsmanagements diskutiert und Vorschläge für ein konzernweites Vorgehen erarbeitet, die der Geschäftsführung zur Entscheidung vorgelegt werden.

Im KRH Klinikum Neustadt a. Rbge. ist ein einrichtungswen Qualitätsmanagement mit eigenen Qualitätsmanagement-Strukturen etabliert. Es ist als Stabstelle des Krankenhausdirektoriums zu sehen und wird intern durch den ärztlichen Direktor als Qualitätsmanagement-Verantwortlichen, einem Qualitätsmanagementbeauftragten, den Chefarzten und für das Qualitätsmanagement benannten Oberärzten der einzelnen Kliniken sowie die benannten Abteilungs- und Stationsleitungen vertreten.

Folgende Aufgaben nehmen die einzelnen Qualitätsmanagement-Benannten wahr:

Qualitätsmanagement-Verantwortlicher

ullet Entscheidungsträger bei Qualitätsmanagement-Fragen

ullet Verantwortlich für die Entwicklung und Verwirklichung des Qualitätsmanagementsystems

ullet Einhaltung der Forderungen aus der DIN EN ISO 9001

ullet Bereitstellung der Ressourcen

Qualitätsmanagement-Beauftragte

- ullet Verantwortlich und weisungsbefugt in allen Fragen des Qualitätsmanagements**
- ullet Verantwortlich für die Einführung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems**
- ullet Feststellen von Qualitätsproblemen in Kooperation mit den Qualitätsmanagement-Koordinatoren und den Fachbereichen**
- ullet Unterstützung bei der Entwicklung und Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems nach DIN EN ISO 9001-2015**
- ullet Verantwortlich für die Überprüfung und damit verbundene Nachhaltigkeit der Prozesse**
- ullet Verantwortlich für die Lenkung, Verteilung und Aktualisierung des Qualitätsmanagement-Handbuches**
- ullet Auditvorbereitung und -durchführung**
- ullet Feststellen von Qualitätsproblemen in Kooperation mit den Fachbereichen**

Qualitätsmanagementsteuerungsmitglieder

- ullet Verantwortlich für die Aufrechterhaltung des Qualitätsmanagementsystems, insbesondere für ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereich**
- ullet Empfehlungen und Veranlassung von Problemlösungen, Überprüfung und Umsetzung der Problemlösung in Zusammenarbeit mit den Steuerungsgruppenmitgliedern**
- ullet Verpflichtende Teilnahme an den regelmäßig stattfindenden Qualitätsmanagement-Workshops**
- ullet Weitergabe von dem Qualitätsmanagementsystem betreffenden Informationen in ihren Abteilungen/ Bereichen zur Gewährleistung des Informationsflusses**
- ullet Beratung, Begleitung, kollegialer Dialog bei der Bearbeitung von Problemen, Anregungen und Verbesserungsvorschlägen**
- ullet Bearbeitung der Arbeitsaufträge aus den Qualitätsmanagement-Workshops**

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

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

- Beschwerdemanagement

Konzernweit ist ein dezentrales Beschwerdemanagement für Patienten, Mitarbeiter und weitere Anspruchsgruppen eingeführt.

Patienten und Angehörige haben die Möglichkeit, ihre Beschwerden über eine speziell eingerichtete Beschwerde-Hotline und eine Beschwerde-E-Mail-Adresse telefonisch und schriftlich abzugeben. Diese werden an das Direktorium und die entsprechenden Bereichsleitungen und Chefärzte weitergeleitet und dort bearbeitet.

- Hygienemanagement

Ziel des Hygienemanagements ist es, hygienischen Mängeln und Infektionen entgegenzuwirken bzw. diese zu vermeiden. Im Konzern sind mehrere Hygienefachkräfte eingesetzt. Darüber hinaus sind hausinterne hygienebeauftragte Ärzte und Hygienebeauftragte Fachpflegekräfte benannt sowie ein externer Krankenhaushygieniker 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, einmal jährliche Unterweisung für alle Mitarbeiter etc.) durch die Hygienefachkraft evaluiert, die ggf. entsprechende Maßnahmen initiiert und nachhält.

Darüber hinaus werden im KRH Klinikum Neustadt a. Rbge. die folgenden Instrumente des Qualitätsmanagement eingesetzt:

- Ermittlung der Kundenzufriedenheit:

In einem Patientenflyer sind die Ansprechpartner für Beschwerde- und Qualitätsmanagement mit Kontaktdaten aufgeführt. Eine Lob & Tadel-Karte zur Abgabe einer Beschwerde ist in allen Bereichen des Hauses verfügbar.

Im Endoprothetikzentrum des Hauses werden regelhaft Patientenbefragungen durchgeführt und analysiert.

Unterweisungen und Belehrungen:

Eine laufende Unterweisung aller Mitarbeiter zu Hygienemaßnahmen, Brandschutz, Strahlenschutz, Notfalltraining und Arbeitssicherheit findet im Klinikum Neustadt a. Rbge. durch jährliche Pflichtschulungen für alle Mitarbeiter statt. Mittels Teilnahmelisten können die Leitungen der Abteilungen, Bereiche und Kliniken die Teilnahme der unterstellten Mitarbeiter überwachen.

Aktuelle Bekanntmachungen werden durch Rundschreiben und Stationsbesuche der Fachkräfte übermittelt.

Kontinuierliche Überwachung und Messung der Dienstleistung:

Interne und externe Audits:

Durch die Audits werden die Funktion und die Einhaltung der Regeln des Qualitätsmanagements regelmäßig in allen Bereichen überprüft.

Gleichzeitig werden Umsetzung und Wirksamkeit der formulierten Qualitätsziele geprüft. Sie dienen außerdem dazu, vorhandene Schwachstellen sowie etwaige Defizite zu erkennen und gegebenenfalls Verbesserungen zu veranlassen und durchzuführen.

Die internen Audits werden im KRH Klinikum Neustadt a. Rbge. von qualifizierten Auditoren durchgeführt. Eine Auditplanung, die alle Bereiche/ Abteilungen umfasst, wird jährlich durch die Qualitätsmanagementbeauftragten erstellt. Externe Audits werden im

Endoprothetikzentrum durch die Fachgesellschaft und eine Zertifizierungsgesellschaft für Qualitätsmanagementsysteme nach DIN EN ISO 9001 durchgeführt.

Fehlermanagement

Fehler können, neben der Bereichsspezifischen Bearbeitung, in einem hausinternen CIRS-System gemeldet werden. Eine interdisziplinäre Gruppe bearbeitet die Meldungen und leitet Maßnahmen zur Optimierung ab.

Benchmark

Das KRH Klinikum führt regelmäßige Leistungsvergleiche zur Qualitäts-/ Leistungsmessungen in definierten Krankenhausbereichen durch. So vergleicht sich das KRH Klinikum Neustadt a. Rbge.

z. B. hinsichtlich seiner Leistungsdaten mit den weiteren der Klinikum Region Hannover GmbH angehörigen Kliniken. Die Benchmarkdaten werden einschließlich einer Ursachenanalyse durch das zentrale Controlling dem Direktorium zur Verfügung gestellt. Das Direktorium wertet die einzelnen Daten aus und ergreift ggf. Verbesserungsmaßnahmen.

Das Klinikum nimmt am IQM-Verfahren teil. Halbjährlich werden die Daten von extern evaluiert. Bei Bedarf werden Peer-Reviews durchgeführt. Aus den auffälligen Fällen werden M&M-Konferenzen abgeleitet.

Komplikationsmanagement:

Beim Auftreten einer Komplikation erhält jeder stationäre Patient einen Komplikationsbogen, auf dem die entstandenen Komplikationen erfasst wird. Aus den erfassten Komplikationen werden Verbesserungen abgeleitet und M&M-Konferenzen durchgeführt.

Kontinuierliche Verbesserung:

Im Rahmen einmal im Quartal stattfindender QM-Workshops mit den Steuerungsgruppenmitgliedern werden die Verbesserungspotentiale aus internen Audits, Fehlererfassung, Beschwerdemanagement, Benchmark und Vorschlagswesen bearbeitet. In fachübergreifenden und moderierten

Arbeitsgruppen werden Standards und entsprechend notwendige Dokumente erarbeitet. Die Kommunikation über diese Neuerungen erfolgt über die QM Steuerungsgruppenmitgliedern in die Teams. Mindestens einmal im Quartal finden je Klinik M&M-Konferenzen statt.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Korrekturbedarf	Maßnahme	Kennzahl	Bearbeitungsstand
Richtlinie Patienten-dokumentation	Festlegungen für ärztliche und pflegerische Dokumentation vereinbaren	Fertigstellung einer Richtlinie	Erfolgreich umgesetzt.
Umstrukturierung der Terminsystematik der Zentralen Elektivaufnahme zur Verbesserung der Wartezeiten	Entwicklung und Anwendung einer SAP-Plantafel mit automatisierten Terminketten	Terminketten erstellt und von den Nutzern anwendbar	Evaluationsphase
Stationsabläufe	Feste Regelungen für Stationsabläufe mit vereinbarten Zeitkontingenten für Visiten, Entlassungen, Besprechungen	Festlegungen zu 100% erfüllt	Erfolgreich umgesetzt.
Dokumentenlenkung	Zusammenführung vorhandener Dokumente in ein Dokumentenlenkungssystem	Keine un gelenkten Dokumente in den Arbeits-bereichen	Erfolgreich umgesetzt.
Zertifizierung des gesamten Klinikum Neustadt am Rübenberge nach DIN EN ISO 9001:2015	Erarbeitung von Qualitätsmanagementvorgaben entsprechend der Normforderungen. Durchführung interner Audits zur Maßnahmenüberwachung	Zertifizierung in 2017	Erfolgreich umgesetzt.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Das KRH Klinikum Neustadt a. Rbge. hat die folgenden internen und externen Maßnahmen zur Bewertung von Qualität bzw. des Qualitätsmanagements realisiert:

Regelmäßige interne Managementbewertungen

Das Direktorium des KRH Klinikum Neustadt a. Rbge. nimmt einmal jährlich eine Bewertung des Qualitätsmanagementsystems hinsichtlich Zustand und Wirksamkeit vor. Grundlage dieser Bewertung sind die vorliegenden Berichte der internen und externen Audits, Rückmeldungen durch Patienten und Kunden sowie Ergebnisse weiterer Datenanalysen, wie z. B. BQS-Daten, Hygienedaten oder OP-Auswertungen.

Ziel dieser Überprüfung ist die Ermittlung von eventuellen Vorbeugemaßnahmen und Korrekturbedarfen des Qualitätsmanagementsystems, der Qualitätspolitik und der Qualitätsziele und damit verbunden die Aufrechterhaltung der Wirksamkeit des Systems.

Regelmäßige externe und interne Audits

In allen Bereichen werden regelmäßig interne Audits zur Bewertung des QM-Systems und zu den patientennahen Prozessen geplant und durchgeführt. Darüber hinaus dient die Teilnahme an externen Beurteilungsverfahren durch Zertifizierungen der Zentren der kontinuierlichen Bewertung des Qualitätsmanagementsystems.

Ermittlung der Kundenzufriedenheit

Mittels fortlaufenden Patientenbefragungen in unserem Endoprothetikzentrum sowie einem hausinternen Beschwerdemanagementsystem wird die Qualität des Hauses von den Patienten und Angehörigen bewertet.

Teilnahme an internen und externen Benchmark

Mit der Teilnahme an IQM, EQS und Benchmark der KRH GmbH-Kliniken erhalten wir Vergleichsdaten zu anderen Häusern und können unser Qualität in den defizitären Bereichen entsprechend anpassen.

Komplikationserfassung und Mortalitäts- & Morbiditätskonferenzen

Durch die 100% Komplikationserfassung bei stationären Patienten und Analyse der IQM und BQS-Daten können wir anhand von Fallanalysen Fallbezogenen M&M-Konferenzen durchführen.