

Strukturierter Qualitätsbericht

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

für das

Berichtsjahr 2024

KRH Klinikum Siloah

Dieser Qualitätsbericht wurde am 12. November 2025 erstellt.

Inhaltsverzeichnis

-	Einleitung	5
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts.....	7
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	7
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	8
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	8
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	8
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	10
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	11
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	12
A-9	Anzahl der Betten	17
A-10	Gesamtfallzahlen	18
A-11	Personal des Krankenhauses	18
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	37
A-13	Besondere apparative Ausstattung	57
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	59
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	61
B-1	Kardiologie, Rhythmologie, internistische Intensivmedizin	61
B-2	Hämatologie, Onkologie und Immunologie	71
B-3	Palliativmedizin	80
B-4	Gastroenterologie, Endoskopie, Diabetologie und Akutgeriatrie.....	87
B-5	Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin	101
B-6	Nephrologie, Angiologie und Rheumatologie	112
B-7	Allgemein-, Viszeral- und minimalinvasive Chirurgie.....	123

B-8	Gefäßchirurgie	134
B-9	Thoraxchirurgie.....	144
B-10	Urologie	155
B-11	Frauenheilkunde	166
B-12	Anästhesiologie und operative Intensivmedizin.....	175
B-13	Diagnostische und Interventionelle Radiologie.....	182
C	Qualitätssicherung	190
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	190
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	252
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	252
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	252
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	252
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	255
C-6.2	Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)	256
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	257
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr.....	257
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)	261
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	262
D	Qualitätsmanagement	263
D-1	Qualitätspolitik	263
D-2	Qualitätsziele	264
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	264
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements.....	265

D-5	Qualitätsmanagement-Projekte.....	267
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	Fehler! Textmarke nicht definiert.

- Einleitung



Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion	Qualitätsmanagerin
Titel, Vorname, Name	Frau Carsta Seidel
Telefon	0511/927-7543
Fax	0511/927-976683
E-Mail	carsta.seidel@krh.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Funktion	Ärztlicher Direktor KRH Klinikum Mitte
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Jan Ortlepp
Telefon	0511/927-6020
Fax	0511/927-976020
E-Mail	

Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <http://krh.eu/siloah>

Link zu weiterführenden Informationen:

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus	
Krankenhausname	KRH Klinikum Siloah
Hausanschrift	Stadionbrücke 4 30459 Hannover
Zentrales Telefon	0511/927-6020
Fax	0511/927-976020
Zentrale E-Mail	Info.Siloah@krh.de
Postanschrift	KRH Klinikum Siloah Stadionbrücke 4 30459 Hannover
Institutionskennzeichen	260321781
Standortnummer aus dem Standortregister	772721000
URL	https://www.krh.de/

Ärztliche Leitung

Angaben zur Ärztlichen Leitung des Krankenhausstandorts zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Ärztlicher Direktor bis 28.2.2025
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Michael Stufler
Telefon	0511/927-6010
Fax	0511/927-976020
E-Mail	info.siloah@krh.de

Angaben zur Ärztlichen Leitung des Krankenhausstandorts zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Ärztlicher Direktor ab 1.3.2025
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med Jan Ortlepp
Telefon	0511/927-6020
Fax	0511/927-976020
E-Mail	info.siloah@krh.de

Pflegedienstleitung

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

Funktion	Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name	Frau Elke Schmidt
Telefon	0511/927-6031
Fax	0511/927-976020
E-Mail	info.siloah@krh.de

Verwaltungsleitung

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

Funktion	Geschäftsführender kaufmännischer Direktor
Titel, Vorname, Name	Herr Tobias Hindermann
Telefon	0511/927-6021
Fax	0511/927-976020
E-Mail	info.siloah@krh.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger	
Name	KRH Klinikum Region Hannover
Art	Öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhausart	
Krankenhausart	Akademisches Lehrkrankenhaus
Universität	Medizinische Hochschule Hannover

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP04	Atemgymnastik/-therapie	
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	Bereichspflege
MP21	Kinästhetik	
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP27	Musiktherapie	
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	Abteilung "klinische Psychologie und Psychoonkologie"
MP37	Schmerztherapie/-management	Schmerzmanagement: 24/7 Akutschmerzdienst- Arzt verfügbar Facharzt/ Schmerztherapeut mit Anerkennung "spezielle Schmerztherapie" verfügbar Mehrere Mitarbeitende habe die Weiterbildung Pain Nurse oder absolvieren diese
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	
MP45	Stomatherapie/-beratung	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP51	Wundmanagement	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	
MP54	Asthmaschulung	
MP63	Sozialdienst	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	trifft nicht zu
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	trifft nicht zu

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		
NM40	Empfangs- und Begleitsdienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besucher durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter		wird angeboten
NM42	Seelsorge		
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		Es finden unterjährig regelmäßige Informationsveranstaltung zu verschiedenen medizinischen Themen der Fachkliniken statt u.a. Tag der offenen Tür, Krebsinformationstag
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		u.a.im Rahmen des Krebszentrums
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)		Eingang auf religiöse und kulturelle Gewohnheiten
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM69	Information zu weiteren nichtmedizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		
NM68	Abschiedsraum		
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

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

Funktion	Leiter Soziale Dienste
Titel, Vorname, Name	Herr Marco Scharf
Telefon	0511/906-7028
Fax	0511/906-975545
E-Mail	marco.scharf@krh.de

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
BF10	Rollstuhlgerichte Toiletten für Besucherinnen und Besucher
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF21	Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF24	Diätische Angebote
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerichten Sanitäranlagen
BF25	Dolmetscherdienst

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit
BF29	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus
BF36	Ausstattung der Wartebereiche vor Behandlungsräumen mit einer visuellen Anzeige eines zur Behandlung aufgerufenen Patienten
BF41	Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme

A-8 **Forschung und Lehre des Krankenhauses**

A-8.1 **Forschung und akademische Lehre**

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

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL05	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien	KI Hämatologie und Onkologie KI Pneumologie KI Urologie KI Thorax - Gefäßchirurgie KI Nephrologie KI Gynäkologie
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien	KI Allgemein- und Viszeralchirurgie KI Gastroenterologie KI Hämatologie und Onkologie KI Urologie KI Diagnostische und Interventionelle Radiologie KI Pneumologie KI Nephrologie KI Thorax-Gefäßchirurgie KI Gynäkologie

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

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

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
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 folgende Ausbildungen an:
 Medizinische/-r Fachangestellte/-r (MFA), Diabetesberatung nach DDG, Weiterbildung zur Pflegerexpertin Chest Pain Unit, Fachweiterbildungen Geriatrie, Intensiv/Anästhesiepflege, Nephrologie, Onkologie, Palliativmedizin, Praxisanleiter, Fachkraft für Leitungsaufgaben, Qualifikation Demenzbeauftragter und Pain Nurse

A-9 Anzahl der Betten

Betten	
Betten	564

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	24054
Teilstationäre Fallzahl	357
Ambulante Fallzahl	23538
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: 220,26

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	220,26	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	220,26	
Nicht Direkt	0	

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 112,03

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	112,03	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	112,03	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 4,42

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,42	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,42	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 3,42

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,42	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,42	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl: 0

Kommentar: trifft nicht zu

A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 391,31

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

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	391,31	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	391,31	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 179,02

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	179,02	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	179,02	
Nicht Direkt	0	

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 1,81

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,81	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,81	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 31,55

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	31,55	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	31,55	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 6,87

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,87	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,87	
Nicht Direkt	0	

Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 38,08

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	38,08	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	38,08	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 17,43

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	17,43	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	17,43	
Nicht Direkt	0	

Pflegefachfrauen B. Sc., Pflegefachmänner B. Sc.

Ausbildungsdauer: 7-8 Semester

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 2,77

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,77	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,77	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 2,17

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,17	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,17	
Nicht Direkt	0	

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 5,16

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,16	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,16	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 3,06

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,06	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,06	
Nicht Direkt	0	

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 4

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 1,97

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,97	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,97	
Nicht Direkt	0	

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 6,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,5	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0,54

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,54	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,54	
Nicht Direkt	0	

Entbindungspfleger und Hebammen in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0,55

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,55	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,55	
Nicht Direkt	0	

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 6,42

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,42	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,42	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 6,42

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,42	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,42	
Nicht Direkt	0	

Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 2,66

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,66	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,66	
Nicht Direkt	0	

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 75,66

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	75,66	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	75,66	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 44,28

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	44,28	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	44,28	
Nicht Direkt	0	

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

Trifft nicht zu.

A-11.3.1 Therapeutisches Personal

Trifft nicht zu.

A-11.3.2 Genesungsbegleitung

Trifft nicht zu.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

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

Anzahl Vollkräfte: 17,06

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	17,06	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	17,06	
Nicht Direkt	0	

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 9,96

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,96	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,96	
Nicht Direkt	0	

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Anzahl Vollkräfte: 1,9

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,9	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,9	
Nicht Direkt	0	

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Anzahl Vollkräfte: 3,96

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,96	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,96	
Nicht Direkt	0	

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 0,91

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,91	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,91	
Nicht Direkt	0	

SP59 - Notfallsanitäterinnen und –sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)

Anzahl Vollkräfte: 2,39

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,39	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,39	
Nicht Direkt	0	

SP35 - Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater

Anzahl Vollkräfte: 1,61

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,61	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,61	
Nicht Direkt	0	

SP24 - Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 2,63

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,63	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,63	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 0,83

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,83	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,83	
Nicht Direkt	0	

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Anzahl Vollkräfte: 3,77

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,77	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,77	
Nicht Direkt	0	

SP15 - Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister

Anzahl Vollkräfte: 0,98

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,98	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,98	
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	Leitung Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Frau Carsta Seidel
Telefon	0511/927-7543
Fax	0511/927-976683
E-Mail	carsta.seidel@krh.de

A-12.1.2 Lenkungs-gremium

Die Besprechungsfrequenz ist unterschiedlich.

Steuerungsgruppen bezüglich der Betriebsorganisation Siloah gesamt treffen sich alle 14 Tage

Steuerungsgruppen der Zentren 6 mal im Jahr

6 interdisziplinäre Qualitätszirkel im Jahr

4 pflegerische Qualitätszirkel im Jahr

Qualitätsmultiplikatoren treffen alle 8 Wochen

Lenkungs-gremium	
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	viermal im Jahr erfolgen Leitungskonferenzen, Qualitätszirkel je Organkrebszentrum, interdisziplinäre QZ im Krebszentrum, standortinterne Qualitätszirkel onkologische Fachpflege, halbjährliche standortübergreifende onkologische Fachpflegezirkel Qualitätsmultiplikatoren Treffen alle 6 Wochen
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Angaben zur Person	
Angaben zur Person	Eigenständige Position für Risikomanagement

Angaben zur verantwortlichen Person des Risikomanagements zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres.	
Funktion	Risikomanagerin
Titel, Vorname, Name	Frau Carsta Seidel
Telefon	0511/927-7543
Fax	0511/927-976683
E-Mail	carsta.seidel@krh.de

A-12.2.2 Lenkungs-gremium

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

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: RM 01 Dokumentenlenkungssystem (DLS) 01.07.2019 Datum: 01.07.2019	Seit dem, 01.07.2019 gibt es ein zentrales Dokumentenlenkungssystem im Rahmen, in dem alle Dokumente digital zur Verfügung stehen.
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		Grundsätzlich finden abteilungsspezifische und übergreifende Programme statt.
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Name: Teil der QM/RM Dokumentation (gemäß RM01) RM 04 Dokumentenlenkung (DLS) 01.07.2019 Datum: 01.07.2019	Schriftliches beschriebenes Verfahren liegt vor.
RM05	Schmerzmanagement	Name: RM 05 Datum: 02.03.2022	etabliertes Verfahren
RM06	Sturzprophylaxe	Name: RM 06 Datum: 02.03.2022	Ist analog des WHO Standards eingeführt.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Name: RM 07 Datum: 02.03.2022	Ist analog des WHO Standards eingeführt.
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Name: RM 08 Datum: 06.04.2022	Ein schriftlich beschriebenes Verfahren liegt vor.
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Name: RM 09 Datum: 06.05.2022	Ist analog der gesetzlichen Bestimmungen und intern als Verfahren geregelt.
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	- Tumorkonferenzen - Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen - Palliativbesprechungen - Qualitätszirkel	Finden regelmäßig ganzjährig statt.
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		KH Siloah einheitlicher Standard
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten		Arbeitsgrundlage ist eine erweiterte WHO Checkliste, diese wird regelhaft bei allen Patienten und Patientinnen verwendet. Aktualisierung: 04/2022
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: RM 01 Dokumentenlenkungssystem (DLS) 01.07.2019 Datum: 01.07.2019	Findet regelhaft statt.
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Name: RM 15 Datum: 02.11.2021	Werden geprüft und liegen vor.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Name: RM 16 Datum: 02.11.2021	Verfahren ist in einem StOP geregelt.
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Name: RM 17 Datum: 04.11.2021	StOPs liegen vor.
RM18	Entlassungsmanagement	Name: RM 18 Datum: 03.11.2021	Ein schriftliches Verfahren liegt vor.

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem	
Internes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich
Verbesserung Patientensicherheit	CIRS vollumfänglich eingeführt für das gesamte KRH Verfahren für Meldungen; Besondere Vorkommnisse im gesamten KRH etabliert

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	15.11.2022
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	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 Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS)
EF01	CIRS AINS (Berufsverband Deutscher Anästhesisten und Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Bundesärztekammer)	

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaushygienikern	1	0.5 VK Krankenhaushygienikerin
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	17	In jeder Fachabteilung gibt es eine/n benannte/n ärztl. Kolleg*in, in den meisten Fällen mit Vertretung aus der gleichen Abteilung. Krankenhaustygieniker*innen und hygienebeauftragte Ärzt*innen werden von den HFK und den Hygieneansprechpartner*innen in der Pflege unterstützt
Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	5	Inklusive Ausbildung und Teilzeit
Hygienebeauftragte in der Pflege	42	In jeder Fachabteilung gibt es eine beauftragte Pflegekraft, die als Ansprechpartner benannt ist und regelhaft jeweils eine Vertretung.

Hygienekommission	
Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich

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

Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Jan Ortlepp
Telefon	0511/970-1796
Fax	0511/970-1735
E-Mail	direktorium.siloah@krh.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt.

1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage

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

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

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

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe

Der Standard liegt vor	Ja
1. Der Standard thematisiert insbesondere	
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	52,35 ml/Patiententag
Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	115,22 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
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	ITS-KISS	Intensivstation und Weaning- Station
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name: MRSA-Plus/ MRE-Netzwerk	Während der Pandemie fanden keine Netzwerktreffen 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 regelmäßig mehrfach im Jahr statt und bei Bedarf.

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja	Die Anliegen gehen bei Beschwerdekoordinatoren ein, werden strukturiert erfasst und direkt bearbeitet. Die Kontaktdaten sind im Internet und Intranet des Unternehmens bekannt gegeben. Auf Ebene des Klinikverbundes wird im zentralen Qualitäts- und Risikomanagement eine systematische Weiterentwicklung des dezentralen Beschwerdemanagements sichergestellt.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja	Es existierte ein schriftlich geregeltes Verfahren zum patientennahen Beschwerdemanagement im Klinikverbund KRH. Dieses Vorgehen umfasst alle benannten Phasen von der Beschwerdestimulation bis zur Beschwerdeauswertung.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja	Jedes mündlich vorgetragene Anliegen wird vertrauensvoll im Beschwerdemanagement behandelt.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja	Das Verfahren zum Umgang mit schriftlichen Beschwerden ist geregelt. Die Anliegen im Zentralen Beschwerdemanagement wurden in 2024 zu über 90 % schriftlich vorgetragen.

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

Regelmäßige Einweiserbefragungen

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

Regelmäßige Patientenbefragungen

Durchgeführt	Ja
Link	
Kommentar	Zweimal jährlich werden Patientenbefragungen über je einen Monat durchgeführt.

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

Möglich	Ja
Link	http://www.krh.de
Kommentar	Es sind anonyme Eingaben in das Zentrale Beschwerdemanagement möglich.

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

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

Funktion	Leitung Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Frau Carsta Seidel
Telefon	0511/927-7543
Fax	0511/927-6683
E-Mail	carsta.seidel@krh.de

Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements

Link zum Bericht	http://www.krh.de
Kommentar	Ansprechpartner für den Bereich ist Frau Carsta Seidel

Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher

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

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

Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprechern

Kommentar	Patientenfürsprecher sind keine 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	3
Weiteres pharmazeutisches Personal	0

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

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, 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, elektronische Anforderung von Zytostatika mit dem Zenzy-Arztmodul

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln		SmartMedication
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	- 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, ABS-Team
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

Kommentar

Es liegt eine Verfahrensanweisung "Verhalten und Meldeweg bei Verdacht auf Gewalt" vor. Dies beinhaltet auch das Vorgehen bei Verdacht auf (sexualisierte) Gewalt an Kindern und Jugendlichen. Deeskalationstrainings werden angeboten.

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	Es liegt eine Verfahrensweisung "Verhalten und Meldeweg bei Verdacht auf Gewalt" vor. Diese beinhaltet auch das Vorgehen bei Verdacht auf (sexualisierte) Gewalt an Kindern und Jugendlichen. In Ausnahmefällen werden Jugendliche behandelt.

Nr.	Schutzkonzept	Letzte Überprüfung
SK08	Interventionsplan Verbindliches Verfahren zum Vorgehen in Kinderschutzfällen und insbesondere beim Verdacht auf (sexuelle) Gewalt	08.12.2023
SK10	Handlungsempfehlungen zum Umgang/ zur Aufarbeitung aufgetretener Fälle	08.12.2023

A-13 Besondere apparative Ausstattung

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

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA01	Angiographiegerät/D SA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja	Gerät am Standort verfügbar.
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	Gerät am Standort verfügbar.
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja	Gerät (e) und Versorgungsleistung im Klinikverbund verfügbar.

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja	Gerät am Standort verfügbar.
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie /-unterstützung		Ja	Gerät am Standort verfügbar.
AA18	Hochfrequenzthermo-therapiegerät	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	-	Gerät am Standort verfügbar.
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	-	Gerät (e) und Versorgungsleistung im Klinikverbund verfügbar.
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Ja	Gerät am Standort verfügbar.
AA23	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	-	Gerät am Standort verfügbar.
AA32	Szintigraphiescanner/ Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten	-	Gerät (e) am Standort verfügbar. .
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	-	Gerät am Standort verfügbar.
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung im Klinikverbund KRH verfügbar.
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	-	Gerät und Versorgungsleistung im Klinikverbund KRH verfügbar.

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA47	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung im Klinikverbund KRH verfügbar.
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	-	Gerät am Standort verfügbar.
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	-	Gerät am Standort verfügbar.
AA69	Linksherzkatheterlabor	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	Ja	Gerät am Standort verfügbar
AA70	Behandlungsplatz für mechanische Thrombektomie bei Schlaganfall	Verfahren zur Eröffnung von Hirngefäßen bei Schlaganfällen	Ja	Gerät und Versorgungsleistung im Klinikverbund verfügbar.
AA71	Roboterassistiertes Chirurgie-System	Operationsroboter	-	Anschaffung eine OP Roboters (Da Vinci) Mitte 2020, Klinik für Urologie, Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie.
AA72	3D-Laparoskopie-System	Kamerasystem für eine dreidimensionale Darstellung der Organe während der Operation	-	Kamerasystem für eine dreidimensionale Darstellung der Organ während der OP

Zusätzlich ist ein Hybrid OP vorhanden.

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

Alle Krankenhäuser gewährleisten Notfallversorgung und haben allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern im entgeltrechtlichen Sinne geregelt. Das bedeutet, dass Krankenhäuser, die festgelegte Anforderungen an eine

von drei Notfallstufen erfüllen, durch Vergütungszuschläge finanziell unterstützt werden. Krankenhäuser, die die Anforderungen an eine der drei Stufen nicht erfüllen, erhalten keine Zuschläge. Nimmt ein Krankenhaus nicht am gestuften System von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber Abschlüsse vor.

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

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

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

A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der 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 Kardiologie, Rhythmologie, internistische Intensivmedizin

B-1.1 Allgemeine Angaben Kardiologie, Rhythmologie, internistische Intensivmedizin

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

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Andreas Franke
Telefon	0511/927-2200
Fax	0511/92797-2200
E-Mail	andreas.franke@krh.de
Straße/Nr	Stadionbrücke 4
PLZ/Ort	30449 Hannover
Homepage	https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/kardiologie-rhythmologie-und-internistische-intensivmedizin

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote Kardiologie, Rhythmologie, internistische Intensivmedizin

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Kardiologie, Rhythmologie, internistische Intensivmedizin	Kommentar
VI00	single und multiple Stents	2024 wurden gesamt 521 Patienten mit Stents versorgt
VI00	elektrophysiologische Diagnostik	
VI00	Herzschrittmacher bzw. Defibrillatorimplantation	2024 gesamt 380 Implantationen
VI00	Aggregatwechsel bei einem Herzschrittmacher-System	
VI00	Revision /z.B. Systemwechsel/Explantation/Sondenrevision	
VI00	Herzkatheterlabor	interventionelle kathetergesteuerte Therapie der Lungenarterienembolie
VI00	Assist Device-Impella, Unterstützung der Herzleistung	
VI00	ASD Verschluss	
VI00	Linksherzkatheter	initial radiale Durchführung: 1359 Fälle diagnostische und interventionelle Linksherzkatheter
VI00	Leistungszahlen Herzkatheterlabor	Verschlüsse von Vorhofseptum-Defekten mittels Katheter: 56 Fälle - davon PFO-Verschlüsse: 54 Fälle - davon ASD-Verschlüsse: 2 Fälle
VI00	Katheterablationen	2023 insgesamt: 283
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	

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

B-1.5 Fallzahlen Kardiologie, Rhythmologie, internistische Intensivmedizin

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	3107
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	780	< 4	780	Herzinsuffizienz
2	I48	471	< 4	471	Vorhofflimmern und Vorhofflattern
3	I21	425	< 4	425	Akuter Myokardinfarkt
4	I20	299	< 4	299	Angina pectoris
5	I47	98	< 4	98	Paroxysmale Tachykardie
6	R55	95	< 4	95	Synkope und Kollaps
7	R07	80	< 4	80	Hals- und Brustschmerzen
8	I44	74	< 4	74	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock
9	I49	72	< 4	72	Sonstige kardiale Arrhythmien
10	I25	68	< 4	68	Chronische ischämische Herzkrankheit

Rang	ICD-10	vollstat.	teilstat.	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
11	I10	54	< 4	54	Essentielle (primäre) Hypertonie
12	Q21	34	< 4	34	Angeborene Fehlbildungen der Herzsepten
13	J15	32	< 4	32	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert
14	I26	31	< 4	31	Lungenembolie
15	R00	30	< 4	30	Störungen des Herzschlages

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	1-275	1121	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung
2	8-933	1055	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie
3	8-837	781	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen
4	3-052	654	Transösophageale Echokardiographie [TEE]
5	8-835	383	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen
6	1-266	309	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt
7	8-642	281	Temporäre interne elektrische Stimulation des Herzrhythmus
8	1-265	276	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt
9	1-268	268	Kardiales Mapping
10	8-640	213	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus
11	5-377	199	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders
12	1-274	179	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung
13	8-152	123	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax
14	1-273	59	Rechtsherz-Katheteruntersuchung
15	1-279	51	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen

B-1.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Kardiologische Ambulanz (AM08)

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

Kardiologische Sprechstunde (AM07)

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

Rhythmussprechstunde (AM11)

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

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Ran g	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-275	149	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung
2	5-378	68	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators
3	5-377	30	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders
4	8-640	14	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus
5	1-279	9	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

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

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 22,23

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	22,23	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	22,23	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 139,76608

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 10,54

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,54	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,54	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 294,78178

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF15	Intensivmedizin	Internistische

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 19,88

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	19,88	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	19,88	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 156,28773

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,85

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,85	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,85	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1090,17544

Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,41

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,41	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,41	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 7578,04878

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,08

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,08	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,08	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 38837,5

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,67

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,67	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,67	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 4637,31343

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,48

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,48	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,48	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1252,82258

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ01	Bachelor	1 VK
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	8 VK
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	4 VK

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ12	Notfallpflege	3 VK
PQ18	Pflege in der Endoskopie	1 VK
PQ20	Praxisanleitung	3 VK
PQ21	Casemanagement	1 VK

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP08	Kinästhetik	8 VK

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-2 Hämatologie, Onkologie und Immunologie

B-2.1 Allgemeine Angaben Hämatologie, Onkologie und Immunologie

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

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Herr Prof. Dr. med. Dr. rer. nat Martin Müller
Telefon	0511/927-2300
Fax	0511/92797-2300
E-Mail	martin.mueller@krh.de
Straße/Nr	Stadionbrücke 4
PLZ/Ort	30449 Hannover
Homepage	https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/haematologie-onkologie-und-immunologie

B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-2.3 Medizinische Leistungsangebote Hämatologie, Onkologie und Immunologie

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Hämatologie, Onkologie und Immunologie	Kommentar
VI42	Transfusionsmedizin	
VI45	Stammzelltransplantation	
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane	

B-2.5 Fallzahlen Hämatologie, Onkologie und Immunologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	2184
Teilstationäre Fallzahl	357

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	vollstat.	teilstat.	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C90	399	84	483	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen
2	C83	372	42	414	Nicht follikuläres Lymphom
3	C92	259	30	289	Myeloische Leukämie
4	C67	104	14	118	Bösartige Neubildung der Harnblase
5	C91	76	12	88	Lymphatische Leukämie
6	C22	56	8	64	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
7	C25	44	20	64	Bösartige Neubildung des Pankreas
8	C81	52	7	59	Hodgkin-Lymphom [Lymphogranulomatose]
9	C50	48	< 4	50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
10	C16	43	6	49	Bösartige Neubildung des Magens
11	C15	27	20	47	Bösartige Neubildung des Ösophagus
12	D47	42	5	47	Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes
13	C82	37	8	45	Follikuläres Lymphom
14	D46	34	6	40	Myelodysplastische Syndrome
15	C18	31	< 4	33	Bösartige Neubildung des Kolons

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	8-547	1241	Andere Immuntherapie
2	9-984	1220	Pflegebedürftigkeit
3	8-542	976	Nicht komplexe Chemotherapie
4	8-543	755	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie
5	6-001	609	Applikation von Medikamenten, Liste 1
6	6-009	387	Applikation von Medikamenten, Liste 9
7	1-424	360	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark
8	1-941	348	Komplexe Diagnostik bei myeloischen und lymphatischen Neubildungen
9	8-800	247	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
10	6-005	219	Applikation von Medikamenten, Liste 5
11	8-522	169	Hochvoltstrahlentherapie
12	6-002	145	Applikation von Medikamenten, Liste 2
13	6-00a	128	Applikation von Medikamenten, Liste 10
14	8-544	116	Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie
15	6-004	85	Applikation von Medikamenten, Liste 4

B-2.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren**B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten****Onkologische Sprechstunde (AM07)**

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

Onkologische und hämatologische Ambulanz (AM11)

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

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-425	< 4	(Perkutane) (Nadel-)Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus

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: 13,22

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	13,22	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	13,22	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 165,20424

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,3	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 412,07547

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF30	Palliativmedizin
ZF11	Hämostaseologie

B-2.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 37,2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	37,2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	37,2	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 58,70968

Altenpflegerinnen und Altenpfleger 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: 547,36842

Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,56

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,56	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,56	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 853,125

Pflegefachfrauen B. Sc., Pflegefachmänner B. Sc.

Ausbildungsdauer: 7-8 Semester

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,18

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,18	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,18	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 12133,33333

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 9,38

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,38	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,38	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 232,83582

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP08	Kinästhetik	4 VK

B-2.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-3 Palliativmedizin

B-3.1 Allgemeine Angaben Palliativmedizin

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

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Leitung Palliativstation
Titel, Vorname, Name	Herr Dr. med. Sosada Markus
Telefon	0511/927-2302
Fax	0511/92797-5210
E-Mail	markus.sosada@krh.de
Straße/Nr	Stadionbrücke 4
PLZ/Ort	30449 Hannover
Homepage	https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/palliativmedizin

B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-3.3 Medizinische Leistungsangebote Palliativmedizin

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Palliativmedizin	Kommentar
VI00	Palliative Versorgung bei sämtlichen Tumorerkrankungen	Aus allen Fachbereichen
VI00	Palliative Versorgung bei unheilbaren Nichtonkologischen Erkrankungen	Aus allen Fachbereichen
VI38	Palliativmedizin	palliativmedizinische Komplettversorgung: Schmerztherapie, Symptomkontrolle, psychosoziale Betreuung, Angehörigenbetreuung

B-3.5 Fallzahlen Palliativmedizin

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	177
Teilstationäre Fallzahl	0

B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-3.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	vollstat.	teilstat.	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C34	55	< 4	55	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
2	C50	13	< 4	13	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
3	C56	10	< 4	10	Bösartige Neubildung des Ovars
4	C61	9	< 4	9	Bösartige Neubildung der Prostata
5	C25	8	< 4	8	Bösartige Neubildung des Pankreas
6	C80	7	< 4	7	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation
7	C18	5	< 4	5	Bösartige Neubildung des Kolons
8	J44	5	< 4	5	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
9	C22	4	< 4	4	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
10	C83	4	< 4	4	Nicht follikuläres Lymphom

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	8-98e	165	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung
2	8-522	160	Hochvoltstrahlentherapie
3	9-984	40	Pflegebedürftigkeit
4	8-527	22	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
5	8-529	21	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
6	8-528	19	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
7	8-987	4	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
8	8-152	< 4	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax
9	8-800	< 4	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat

B-3.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

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: 1,56

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,56	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,56	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 113,46154

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 1,56

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,56	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,56	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 113,46154

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF30	Palliativmedizin
ZF11	Hämostaseologie

B-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: 6,52

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,52	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,52	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 27,14724

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,99

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,99	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,99	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 88,94472

Pflegefachfrauen B. Sc., Pflegefachmänner B. Sc.

Ausbildungsdauer: 7-8 Semester

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,17

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,17	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,17	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1041,17647

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,6

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,6	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,6	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 295

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

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

B-3.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-4 Gastroenterologie, Endoskopie, Diabetologie und Akutgeriatrie

B-4.1 Allgemeine Angaben Gastroenterologie, Endoskopie, Diabetologie und Akutgeriatrie

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

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Chefarzt seit 01.06.2022
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Frank Grünhage
Telefon	0511/927-2102
Fax	0511/927-92100
E-Mail	frank.gruenhage@krh.de
Straße/Nr	Stadionbrücke 4
PLZ/Ort	30449 Hannover
Homepage	https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/gastroenterologie-interventionelle-endoskopie-diabetologie-und-akutgeriatrie

B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-4.3 Medizinische Leistungsangebote Gastroenterologie, Endoskopie, Diabetologie und Akutgeriatrie

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

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

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

Weitere Medizinische Leistungen werden angeboten:

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

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

Endoskopie:ERC, Gastroskopie, Koloskopie inkl. Polypentherapie, Endoskopische submucosa Dissektion (ESD), Single-Ballon- Enteroskopie; Proktoskopie, Endosonographie, Kapselendoskopie; Spezielle Behandlungsverfahren:
Bougierung, Dialatation, Botox-Anwendung, Endoskopische Vollwandresektionen, Cholangioskopie, Elektrohydraulische Lithotripsie von Gallensteinen (Zertrümmerung), Zenkerdivertikulotomie, Photodynamische Therapie

B-4.5 Fallzahlen Gastroenterologie, Endoskopie, Diabetologie und Akutgeriatrie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	3277
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	E11	420	< 4	420	Diabetes mellitus, Typ 2
2	K29	146	< 4	146	Gastritis und Duodenitis
3	K80	128	< 4	128	Cholelithiasis
4	A09	124	< 4	124	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs
5	K57	124	< 4	124	Divertikelkrankheit des Darmes
6	K22	116	< 4	116	Sonstige Krankheiten des Ösophagus
7	K85	93	< 4	93	Akute Pankreatitis
8	K83	90	< 4	90	Sonstige Krankheiten der Gallenwege
9	K21	88	< 4	88	Gastroösophageale Refluxkrankheit
10	K70	80	< 4	80	Alkoholische Leberkrankheit
11	K56	75	< 4	75	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie
12	F10	74	< 4	74	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
13	R10	69	< 4	69	Bauch- und Beckenschmerzen
14	K92	60	< 4	60	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems
15	K59	59	< 4	59	Sonstige funktionelle Darmstörungen

B-4.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10	vollstat.	teilstat.	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
E11	420	< 4	420	Diabetes mellitus, Typ 2
K80	128	< 4	128	Cholelithiasis
K85	93	< 4	93	Akute Pankreatitis
K70	80	< 4	80	Alkoholische Leberkrankheit

B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-4.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-632	2459	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
2	1-650	1218	Diagnostische Koloskopie
3	1-440	1191	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
4	5-896	845	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
5	5-513	777	Endoskopische Operationen an den Gallengängen
6	3-035	745	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung
7	1-653	602	Diagnostische Proktoskopie
8	1-444	399	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt
9	3-056	358	Endosonographie des Pankreas
10	3-055	336	Endosonographie der Gallenwege und der Leber

B-4.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-513	777	Endoskopische Operationen an den Gallengängen
3-056	358	Endosonographie des Pankreas
3-055	336	Endosonographie der Gallenwege und der Leber

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Prof. Dr. Grünhage	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Kommentar	Erbringung sämtlicher Endoskopien im ambulanten Bereich Sprechstunde Diabetische Wundversorgung Dr. Boeck
Angebotene Leistung	Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (VI43)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen (VI30)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (VI10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas (VI14)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs (VI12)

Prof. Dr. Grünhage	
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) (VI11)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen (VI24)
Angebotene Leistung	Endoskopie (VI35)

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Ran g	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-650	100	Diagnostische Koloskopie
2	3-056	60	Endosonographie des Pankreas
3	1-444	37	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt
4	3-055	35	Endosonographie der Gallenwege und der Leber
5	5-452	26	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes
6	5-513	25	Endoskopische Operationen an den Gallengängen
7	1-640	16	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege
8	3-053	6	Endosonographie des Magens
9	1-642	5	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege
10	3-051	5	Endosonographie des Ösophagus

B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-4.11 Personelle Ausstattung

B-4.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 20,02

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	20,02	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	20,02	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 163,68631

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 10,08

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,08	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,08	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 325,09921

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF07	Diabetologie
ZF09	Geriatrie
ZF30	Palliativmedizin
ZF28	Notfallmedizin

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: 26,46

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	26,46	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	26,46	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 123,84732

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 4,7

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,7	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,7	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 697,23404

Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,65

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,65	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,65	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1236,60377

Pflegefachfrauen B. Sc., Pflegefachmänner B. Sc.

Ausbildungsdauer: 7-8 Semester

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,25

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,25	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,25	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 13108

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,02

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,02	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,02	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 3212,7451

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,97

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,97	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,97	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 3378,35052

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,09

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,09	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,09	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 3006,42202

Entbindungspfleger und Hebammen in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,55

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,55	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,55	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 5958,18182

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2	und 0,41 VK Stationsassistentin
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1638,5

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

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

B-4.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-5 Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin

B-5.1 Allgemeine Angaben Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin

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

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Herr Prof. Dr. med. Thomas Fühner
Telefon	0511/927-2501
Fax	0511/927-972500
E-Mail	thomas.fuehner@krh.de
Straße/Nr	Stadionbrücke 4
PLZ/Ort	30449 Hannover
Homepage	https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/pneumologie-intensiv-und-schlafmedizin

B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-5.3 Medizinische Leistungsangebote Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin

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

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

B-5.5 Fallzahlen Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	5573
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	C34	1267	< 4	1267	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
2	J96	760	< 4	760	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert
3	J44	607	< 4	607	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
4	G47	584	< 4	584	Schlafstörungen
5	J15	468	< 4	468	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert
6	R91	312	< 4	312	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik der Lunge
7	J22	119	< 4	119	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet
8	C78	77	< 4	77	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
9	J84	72	< 4	72	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten
10	J20	61	< 4	61	Akute Bronchitis
11	J90	59	< 4	59	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert
12	A15	42	< 4	42	Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert
13	J10	42	< 4	42	Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren
14	D38	41	< 4	41	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens des Mittelohres, der Atmungsorgane und der intrathorakalen Organe
15	D86	41	< 4	41	Sarkoidose

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	1-710	2336	Ganzkörperplethysmographie
2	1-715	2058	Sechs-Minuten-Gehtest nach Guyatt
3	1-711	1314	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität
4	1-791	1237	Kardiorespiratorische Polygraphie
5	1-620	886	Diagnostische Tracheobronchoskopie
6	8-716	856	Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung
7	1-790	702	Polysomnographie
8	1-426	671	(Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren
9	3-05f	667	Transbronchiale Endosonographie
10	1-430	460	Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen
11	8-542	414	Nicht komplexe Chemotherapie
12	8-717	381	Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen
13	8-522	352	Hochvoltstrahlentherapie
14	8-547	242	Andere Immuntherapie
15	8-706	239	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung

B-5.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren**B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

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

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

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

B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-5.11 Personelle Ausstattung

B-5.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 31,67

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	31,67	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	31,67	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 175,97095

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 11,34

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11,34	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,34	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 491,44621

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

B-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: 35,6

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	35,6	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	35,6	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 156,54494

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 6,06

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,06	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,06	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 919,63696

Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,18

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,18	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,18	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2556,42202

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,46

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,46	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,46	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 12115,21739

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,7

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,7	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,7	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 7961,42857

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3,53

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,53	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,53	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1578,75354

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

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

B-5.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-6 Nephrologie, Angiologie und Rheumatologie

B-6.1 Allgemeine Angaben Nephrologie, Angiologie und Rheumatologie

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

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Herr Prof. Dr. med. Jan Menne
Telefon	0511/927-2400
Fax	0511/92797-2400
E-Mail	Jan.menne@krh.de
Straße/Nr	Stadionbrücke 4
PLZ/Ort	30449 Hannover
Homepage	https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/nephrologie-angiologie-und-rheumatologie

B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-6.3 Medizinische Leistungsangebote Nephrologie, Angiologie und Rheumatologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Nephrologie, Angiologie und Rheumatologie
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
VD20	Wundheilungsstörungen
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI20	Intensivmedizin
VI21	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
VI39	Physikalische Therapie
VI41	Shuntzentrum
VR02	Native Sonographie
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie
VR04	Duplexsonographie
VU01	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
VU15	Dialyse

B-6.5 Fallzahlen Nephrologie, Angiologie und Rheumatologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	3202
Teilstationäre Fallzahl	0

B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-6.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	vollstat.	teilstat.	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I70	283	< 4	283	Atherosklerose
2	N17	278	< 4	278	Akutes Nierenversagen
3	I50	245	< 4	245	Herzinsuffizienz
4	M31	175	< 4	175	Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien
5	T82	145	< 4	145	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen
6	N18	124	< 4	124	Chronische Nierenkrankheit
7	E86	112	< 4	112	Volumenmangel
8	J15	103	< 4	103	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert
9	A46	93	< 4	93	Erysipel [Wundrose]
10	I10	89	< 4	89	Essentielle (primäre) Hypertonie
11	A41	85	< 4	85	Sonstige Sepsis
12	N39	81	< 4	81	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
13	B99	76	< 4	76	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten
14	N04	67	< 4	67	Nephrotisches Syndrom

B-6.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10	vollstat.	teilstat.	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
I70	283	< 4	283	Atherosklerose
N17	278	< 4	278	Akutes Nierenversagen
N18	124	< 4	124	Chronische Nierenkrankheit
T82	145	< 4	145	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen
M31	175	< 4	175	Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien

B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-6.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-854	1490	Hämodialyse
2	5-399	360	Andere Operationen an Blutgefäßen
3	8-542	155	Nicht komplexe Chemotherapie
4	1-465	153	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Genitalorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren
5	8-547	145	Andere Immuntherapie
6	6-001	140	Applikation von Medikamenten, Liste 1
7	8-857	48	Peritonealdialyse
8	8-812	39	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen
9	8-820	38	Therapeutische Plasmapherese
10	8-152	37	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax
11	8-148	34	Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben
12	1-424	32	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark
13	8-98g	23	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern
14	1-854	18	Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels
15	8-132	18	Manipulationen an der Harnblase

B-6.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
8-854	1490	Hämodialyse
5-399	360	Andere Operationen an Blutgefäßen
8-542	155	Nicht komplexe Chemotherapie
1-465	153	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Genitalorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren
8-547	145	Andere Immuntherapie
8-857	48	Peritonealdialyse
8-820	38	Therapeutische Plasmapherese
8-152	37	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
8-148	34	Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben
1-424	32	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark
1-854	18	Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels

B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Ran g	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-614	< 4	Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches
2	5-399	< 4	Andere Operationen an Blutgefäßen
3	8-836	< 4	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention

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: 19,04

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	19,04	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	19,04	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 168,17227

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 8,36

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,36	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,36	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 383,01435

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie (MWBO 2003)
ZF61	Klinische Akut- und Notfallmedizin

B-6.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 30,21

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	30,21	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	30,21	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 105,99139

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,49

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,49	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,49	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1285,94378

Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,84

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,84	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,84	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1740,21739

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: 3202

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,25

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,25	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,25	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 12808

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,32

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,32	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,32	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1380,17241

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP08	Kinästhetik	6 Vollkräfte

B-6.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-7 Allgemein-, Viszeral- und minimalinvasive Chirurgie

B-7.1 Allgemeine Angaben Allgemein-, Viszeral- und minimalinvasive Chirurgie

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

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr.med. Julian Mall
Telefon	0511/927-3100
Fax	0511/927-3101
E-Mail	julian.mall@krh.de
Straße/Nr	Stadionbrücke 4
PLZ/Ort	30449 Hannover
Homepage	https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/allgemein-viszeral-und-minimalinvasive-chirurgie

B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-7.3 Medizinische Leistungsangebote Allgemein-, Viszeral- und minimalinvasive Chirurgie

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

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Allgemein-, Viszeral- und minimalinvasive Chirurgie	Kommentar
VC58	Spezialsprechstunde	Allgemeine onkologische Chirurgie Kolorektale Karzinome Leberchirurgie Pankreaschirurgie Ösophaguschirurgie Peritonealkarzinose Hernienchirurgie Endokrine/allgemeine viszeralchirurgische Chirurgie Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
VC62	Portimplantation	In enger Kooperation mit dem Onkologischen Zentrum.
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	Interdisziplinäre perioperative Intensivstation unter anästhesiologischer Führung
VC14	Speiseröhrenchirurgie	

B-7.5 Fallzahlen Allgemein-, Viszeral- und minimalinvasive Chirurgie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1712
Teilstationäre Fallzahl	0

B-7.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-7.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	vollstat.	teilstat.	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	K80	267	< 4	267	Cholelithiasis
2	K35	127	< 4	127	Akute Appendizitis
3	K40	82	< 4	82	Hernia inguinalis
4	K56	79	< 4	79	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie
5	K43	77	< 4	77	Hernia ventralis

Rang	ICD-10	vollstat.	teilstat.	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
6	K57	77	< 4	77	Divertikelkrankheit des Darmes
7	C18	67	< 4	67	Bösartige Neubildung des Kolons
8	C20	54	< 4	54	Bösartige Neubildung des Rektums
9	C78	49	< 4	49	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
10	K61	41	< 4	41	Abszess in der Anal- und Rektalregion
11	C16	33	< 4	33	Bösartige Neubildung des Magens
12	C15	24	< 4	24	Bösartige Neubildung des Ösophagus
13	C25	23	< 4	23	Bösartige Neubildung des Pankreas
14	K44	22	< 4	22	Hernia diaphragmatica

B-7.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10	vollstat.	teilstat.	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
C15	24	< 4	24	Bösartige Neubildung des Ösophagus
C16	33	< 4	33	Bösartige Neubildung des Magens
C18	67	< 4	67	Bösartige Neubildung des Kolons
C20	54	< 4	54	Bösartige Neubildung des Rektums
C25	23	< 4	23	Bösartige Neubildung des Pankreas
C24.0	< 4	< 4	< 4	Bösartige Neubildung: Extrahepatischer Gallengang
C78.7	46	< 4	46	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
C22.0	15	< 4	15	Leberzellkarzinom
K80	267	< 4	267	Cholelithiasis
K57	77	< 4	77	Divertikelkrankheit des Darmes
K43	77	< 4	77	Hernia ventralis
K40	82	< 4	82	Hernia inguinalis
K44	22	< 4	22	Hernia diaphragmatica

B-7.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-7.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-511	407	Cholezystektomie
2	5-470	144	Appendektomie
3	5-455	132	Partielle Resektion des Dickdarmes
4	5-810	124	Arthroskopische Gelenkoperation

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5	5-530	83	Verschluss einer Hernia inguinalis
6	5-536	76	Verschluss einer Narbenhernie
7	5-534	73	Verschluss einer Hernia umbilicalis
8	5-502	70	Anatomische (typische) Leberresektion
9	5-454	66	Resektion des Dünndarmes
10	5-484	59	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung
11	5-501	58	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion)
12	5-987	46	Anwendung eines OP-Roboters
13	5-490	42	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion
14	5-524	29	Partielle Resektion des Pankreas
15	5-424	18	Partielle Ösophagusresektion mit Wiederherstellung der Kontinuität

B-7.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-424	18	Partielle Ösophagusresektion mit Wiederherstellung der Kontinuität
5-434	11	Atypische partielle Magenresektion
5-437	7	(Totale) Gastrektomie
5-524	29	Partielle Resektion des Pankreas
5-525	10	(Totale) Pankreatektomie
5-455	132	Partielle Resektion des Dickdarmes
5-484	59	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung
5-502	70	Anatomische (typische) Leberresektion
5-501	58	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion)
5-511	407	Cholezystektomie
5-987	46	Anwendung eines OP-Roboters
5-530	83	Verschluss einer Hernia inguinalis
5-536	76	Verschluss einer Narbenhernie
5-810	124	Arthroskopische Gelenkoperation

B-7.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-7.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-471	< 4	Biopsie ohne Inzision am Endometrium
2	1-586	< 4	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision
3	5-401	< 4	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße
4	5-490	< 4	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion
5	5-530	< 4	Verschluss einer Hernia inguinalis
6	5-535	< 4	Verschluss einer Hernia epigastrica
7	5-536	< 4	Verschluss einer Narbenhernie
8	5-897	< 4	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis

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: 16,89

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	16,89	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	16,89	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 101,36175

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 11,67

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11,67	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,67	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 146,70094

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

B-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: 12,81

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,81	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,81	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 133,64559

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,81

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,81	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,81	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2113,58025

Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 4,05

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,05	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,05	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 422,71605

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,25

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,25	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,25	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 6848

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,08

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,08	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,08	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 823,07692

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ21	Casemanagement

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP08	Kinästhetik
ZP15	Stomamanagement
ZP16	Wundmanagement

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

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-8 **Gefäßchirurgie**

B-8.1 **Allgemeine Angaben Gefäßchirurgie**

Klinik für Gefäßchirurgie

Die Erfahrung unserer Fachklinik resultiert aus jährlich über 1.500 stationären Behandlungen von Gefäßerkrankungen. Ihre Behandlung erfolgt individuell, schonend und nach den aktuellen Leitlinien. Unsere Zertifizierung als interdisziplinäres Zentrum für Gefäßmedizin gewährleistet Ihnen einen sicheren Behandlungsablauf und eine überprüfte medizinische Qualität.

Die Gefäßchirurgie behandelt das gesamte Spektrum Ihrer arteriellen und venösen Gefäßkrankheiten. Hierzu stehen schonende interventionelle und operative Methoden zur Verfügung, die wir Ihnen auch kombiniert in unserem robotisch assistierten Hybrid-OP als minimalinvasiven Eingriff anbieten. So können Durchblutungs- und Gefäßsituation in einem Schritt vollständig wiederhergestellt werden. Dieses Vorgehen vermeidet Folgeeingriffe und führt zu langfristig optimalen Ergebnissen.

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

Das interdisziplinäre Shuntzentrum des KRH am Klinikum Siloah versorgt ca. 400 Patienten / Jahr mit Niereninsuffizienz oder Indikation zur Lipidapherese mit permanenten Gefäßzugängen. Neben klassischen Shuntoperationen werden aufgrund der vorhandenen umfassenden

Expertise endovaskuläre und operative Behandlungen von chronischen Shuntproblemen, wie Stenose und Aneurysma als Schwerpunkt angeboten.

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

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Hans-Gerd Fieguth
Telefon	0511/927-3300
Fax	0511/92797-3300
E-Mail	hans-gerd.fieguth@krh.de
Straße/Nr	Stadionbrücke 4
PLZ/Ort	30449 Hannover
Homepage	https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/thorax-und-gefaesschirurgie

B-8.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-8.3 Medizinische Leistungsangebote Gefäßchirurgie

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Gefäßchirurgie
VC16	Aortenaneurysmachirurgie
VC17	Offen-chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Gefäßchirurgie
VC58	Spezialsprechstunde
VC61	Dialyseshuntchirurgie
VC71	Notfallmedizin

B-8.5 Fallzahlen Gefäßchirurgie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	707
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	I70	175	< 4	175	Atherosklerose
2	N18	164	< 4	164	Chronische Nierenkrankheit
3	I71	83	< 4	83	Aortenaneurysma und -dissektion
4	I74	31	< 4	31	Arterielle Embolie und Thrombose
5	I72	29	< 4	29	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion
6	I65	18	< 4	18	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt
7	I83	15	< 4	15	Varizen der unteren Extremitäten
8	T87	13	< 4	13	Komplikationen, die für Replantation und Amputation bezeichnend sind
9	A46	< 4	< 4	< 4	Erysipel [Wundrose]
10	E11	< 4	< 4	< 4	Diabetes mellitus, Typ 2

B-8.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10	vollstat.	teilstat.	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
I70	175	< 4	175	Atherosklerose
N18	164	< 4	164	Chronische Nierenkrankheit
I71	83	< 4	83	Aortenaneurysma und -dissektion
I74	31	< 4	31	Arterielle Embolie und Thrombose
I72	29	< 4	29	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion
I65	18	< 4	18	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt
I83	15	< 4	15	Varizen der unteren Extremitäten

ICD-10	vollstat.	teilstat.	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
T87	13	< 4	13	Komplikationen, die für Replantation und Amputation bezeichnend sind
E78	< 4	< 4	< 4	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien
L02	< 4	< 4	< 4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel

B-8.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-8.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-394	270	Revision einer Blutgefäßoperation
2	5-38a	214	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen
3	5-381	202	Endarteriektomie
4	5-392	180	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes
5	5-380	157	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen
6	5-916	139	Temporäre Weichteildeckung
7	8-836	122	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention
8	5-382	67	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung

B-8.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-394	270	Revision einer Blutgefäßoperation
5-38a	214	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen
5-381	202	Endarteriektomie
5-392	180	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes
5-380	157	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen
5-916	139	Temporäre Weichteildeckung
8-836	122	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention
5-382	67	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung

B-8.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten) (AM04)
Angebotene Leistung	Aortenaneurysmachirurgie (VC16)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen (VC19)
Angebotene Leistung	Dialyseshuntchirurgie (VC61)
Angebotene Leistung	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen (VC18)
Angebotene Leistung	Offen-chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen (VC17)
Angebotene Leistung	Portimplantation (VC62)

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

B-8.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-385	11	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen
2	3-607	< 4	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten
3	5-392	< 4	Anlegen eines arteriovenösen Shunt

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: 7,32

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,32	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,32	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 96,5847

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,67

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,67	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,67	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 151,39186

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF31	Phlebologie

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: 1,94

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,94	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,94	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 364,43299

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,36

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,36	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,36	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1963,88889

Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,55

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,55	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,55	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 456,12903

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,96

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,96	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,96	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 736,45833

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,95

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,95	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,95	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 744,21053

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

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

B-8.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-9 Thoraxchirurgie

B-9.1 Allgemeine Angaben Thoraxchirurgie

Klinik für Thoraxchirurgie

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

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

Ihre operative Behandlung bei COPD und Lungenemphysem durch eine endoskopische minimalinvasive Lungenvolumenreduktion erfolgt in enger Zusammenarbeit mit spezialisierten Lungenfachärzten. Diese Methode verbessert langfristig Ihre Atemfunktion und Leistungsfähigkeit.

Unser Leistungsspektrum umfasst außerdem die Behandlung bei Lungenkollaps oder Pneumothorax, bei infektiösen Erkrankungen der Lunge und des Rippenfells, bei Hyperhidrose, Myasthenie und bei Thoracic Outlet Syndrome (TOS).

Auch diese Operationen werden vorrangig ohne Eröffnung des Brustkorbes videoassistent als sog. Schlüssellochchirurgie (VATS) durchgeführt

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Thoraxchirurgie
Fachabteilungsschlüssel	2000
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

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

B-9.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-9.3 Medizinische Leistungsangebote Thoraxchirurgie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Thoraxchirurgie
VC10	Eingriffe am Perikard
VC11	Lungenchirurgie
VC12	Tracheobronchiale Rekonstruktionen bei angeborenen Malformationen
VC13	Operationen wegen Thoraxtrauma
VC15	Thorakoskopische Eingriffe
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
VC24	Tumorchirurgie
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
VC58	Spezialsprechstunde
VC59	Mediastinoskopie
VC62	Portimplantation
VC71	Notfallmedizin
VX00	Organunterstützungs- und ersatzverfahren

B-9.5 Fallzahlen Thoraxchirurgie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	367
Teilstationäre Fallzahl	0

B-9.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-9.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	vollstat.	teilstat.	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C34	122	< 4	122	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
2	J86	43	< 4	43	Pyothorax
3	C78	41	< 4	41	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
4	J93	29	< 4	29	Pneumothorax
5	S27	20	< 4	20	Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe
6	R91	16	< 4	16	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik der Lunge
7	D14	9	< 4	9	Gutartige Neubildung des Mittelohres und des Atmungssystems
8	S22	9	< 4	9	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule
9	S20	7	< 4	7	Oberflächliche Verletzung des Thorax
10	J43	5	< 4	5	Emphysem
11	J94	5	< 4	5	Sonstige Krankheitszustände der Pleura
12	J98	5	< 4	5	Sonstige Krankheiten der Atemwege
13	D38	4	< 4	4	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens des Mittelohres, der Atmungsorgane und der intrathorakalen Organe
14	B44	< 4	< 4	< 4	Aspergillose
15	C25	< 4	< 4	< 4	Bösartige Neubildung des Pankreas

B-9.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10	vollstat.	teilstat.	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
C34	122	< 4	122	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
J86	43	< 4	43	Pyothorax
C78	41	< 4	41	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
J93	29	< 4	29	Pneumothorax
S27	20	< 4	20	Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe
R91	16	< 4	16	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik der Lunge

ICD-10	vollstat.	teilstat.	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
D14	9	< 4	9	Gutartige Neubildung des Mittelohres und des Atmungssystems
S22	9	< 4	9	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule
S20	7	< 4	7	Oberflächliche Verletzung des Thorax
J43	5	< 4	5	Emphysem
J94	5	< 4	5	Sonstige Krankheitszustände der Pleura
J98	5	< 4	5	Sonstige Krankheiten der Atemwege
D38	4	< 4	4	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens des Mittelohres, der Atmungsorgane und der intrathorakalen Organe
J85	< 4	< 4	< 4	Abszess der Lunge und des Mediastinums
J90	< 4	< 4	< 4	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert

B-9.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-9.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-322	142	Atypische Lungenresektion
2	5-324	105	Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge
3	5-344	96	Pleurektomie
4	5-334	50	Rekonstruktion an Lunge und Bronchien
5	5-345	41	Pleurodese [Verödung des Pleuraspaltes]
6	5-349	36	Andere Operationen am Thorax
7	5-323	13	Segmentresektion der Lunge
8	5-343	13	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Brustwand
9	5-342	6	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Mediastinums
10	5-325	4	Erweiterte Lobektomie und Bilobektomie der Lunge
11	5-328	4	Erweiterte (Pleuro-)Pneum(on)ektomie
12	5-401	4	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße
13	5-041	< 4	Exzision von (erkranktem) Gewebe von Nerven
14	5-077	< 4	Exzision und Resektion des Thymus
15	5-316	< 4	Rekonstruktion der Trachea

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
16	5-327	< 4	Einfache (Pleuro-)Pneum(on)ektomie
17	5-341	< 4	Inzision des Mediastinums
18	5-347	< 4	Operationen am Zwerchfell

B-9.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-322	142	Atypische Lungenresektion
5-324	105	Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge
5-344	96	Pleurektomie
5-334	50	Rekonstruktion an Lunge und Bronchien
5-345	41	Pleurodese [Verödung des Pleuraspaltes]
5-349	36	Andere Operationen am Thorax
5-323	13	Segmentresektion der Lunge
5-343	13	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Brustwand
5-342	6	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Mediastinums
5-325	4	Erweiterte Lobektomie und Bilobektomie der Lunge
5-328	4	Erweiterte (Pleuro-)Pneum(on)ektomie
5-401	4	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße
5-341	< 4	Inzision des Mediastinums
5-077	< 4	Exzision und Resektion des Thymus
5-316	< 4	Rekonstruktion der Trachea
5-327	< 4	Einfache (Pleuro-)Pneum(on)ektomie
5-347	< 4	Operationen am Zwerchfell
5-372	< 4	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Perikardes und Perikardektomie

B-9.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten) (AM04)
Angebotene Leistung	Lungenchirurgie (VC11)
Angebotene Leistung	Mediastinoskopie (VC59)
Angebotene Leistung	Operationen wegen Thoraxtrauma (VC13)
Angebotene Leistung	Thorakoskopische Eingriffe (VC15)
Angebotene Leistung	Tracheobronchiale Rekonstruktionen bei angeborenen Malformationen (VC12)

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

B-9.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-399	12	Andere Operationen an Blutgefäßen

B-9.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-9.11 Personelle Ausstattung

B-9.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 7,32

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,32	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,32	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 50,13661

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,67

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,67	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,67	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 78,58672

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF31	Phlebologie

B-9.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,94

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,94	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,94	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 189,17526

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,36

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,36	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,36	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1019,44444

Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,51

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,51	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,51	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 243,04636

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,96

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,96	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,96	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 382,29167

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,95

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,95	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,95	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 386,31579

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP08	Kinästhetik	2

B-9.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-10 Urologie

B-10.1 Allgemeine Angaben Urologie

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

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Herr Prof. Dr. med. Alexandre Pelzer
Telefon	0511/927-3200
Fax	0511/92797-3200
E-Mail	Alexandre.Pelzer@krh.de
Straße/Nr	Stadionbrücke 4
PLZ/Ort	30449 Hannover
Homepage	https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/urologie

B-10.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-10.3 Medizinische Leistungsangebote Urologie

Die Abteilung für Urologie am Standort Klinikum Siloah ist Teil der standortübergreifenden Urologie gemeinsam mit der Abteilung für Urologie am Standort RKK in Gehrden. Zu den Leistungsschwerpunkten des Standortes im Klinikum Siloah zählt die gesamte Urologie mit Ausnahme der Kinderurologie und der Nierentransplantation. Wir behandeln in unseren zertifizierten Zentren operativ sämtliche urologische Tumorerkrankungen mit Schwerpunkten für Prostata-, Blasen-, Nieren und Hodenkrebs. Die Endourologie mit allen modernen Verfahren der Steintherapie und der minimalinvasiven Behandlung der gutartigen Prostatavergrößerung inklusive Holmiumlaseroperationen), sowie komplizierte rekonstruktive urologische Eingriffe mit den Bereichen Harnableitung unter Verwendung von Darm (kontinent und inkontinent), konservative und operative Inkontinenzbehandlung, Harnröhrenchirurgie und urologische Prothetik gehören zu unserem Spektrum. Zusätzlich haben wir uns auch auf schwere andere robotische Operationen wie zum Beispiel die Harnleiterersatzoperationen durch Mundschleimhaut spezialisiert. Diagnostisch führen wir alle führenden Verfahren durch, insbesondere auch die perineale MRT-US-Fusionierte Probenentnahmen der Prostata. Zusätzlich bieten wir auch nicht-MRT-abhängige genaue

Diagnosemöglichkeiten auf Prostatakrebs, wie den 29 MHz Ultraschall an (Exact-Vue), an.

Wann immer möglich werden bevorzugt minimal-invasive Operationstechniken eingesetzt, wie beispielsweise die roboterassistierte laparoskopische OP-Methoden an (sogenannte „Da Vinci Operationen“ oder „robotische Operationen“). Hierbei haben wir uns auf Nerv- und kontinenzschonende Operationen der Prostata und organerhaltende Operationen der Niere sowie großen Operationen mit Blasenersatz spezialisiert, die wir in sehr großer Zahl anbieten.

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

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

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

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

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

Weitere Medizinische Leistungsangebote:

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

DaVinci robotische assistierte Zystektomie mit Ersatzblase
DaVinci robotische assistierte Zystektomie mit Iliumconduit
DaVinci robotische assistierte Blasenteilentfernung
DaVinci robotische assistierte Psoashitch Operation bei Harnleiterenge
DaVinci robotische assistierte Harnleiterersatz - Operation bei Harnleiterenge mit Harnleiterersatz durch Mundschleimhaut oder Darm
DaVinci robotische assistierte Nierenabgangsengen-Operationen
DaVinci robotische assistierte Nierenentfernungen über den Bauchraum und Retroperitoneal
DaVinci robotische assistierte Nierenteilentfernungen über den Bauchraum und Retroperitoneal
DaVinci robotische assistierte Blasenhalssengenoperationen (Y-V-Plastik)
DaVinci robotische assistierte Radikale Prostatektomien mit Nerverhalt und mit Hood-Technik
DaVinci robotische assistierte Nebennierenentfernungen
DaVinci robotische assistierte Inkontinenzoperationen
DaVinci robotische assistierte Fisteloperationen bei Scheinde-Blasen-Fisteln oder Darm-Blasen-Fisteln
Interdisziplinäre DaVinci robotisch assistierte Operationen gemeinsam mit der Allgemeinchirurgie bei großen Darmtumoren oder mit der Gynäkologie
Endoskopische Operationen
Harnleiterstein-Operationen flexibel minimalinvasiv mit modernem Laser
ESWL
LASER: Holmiumlaserenukleationen (HOLEP) der Prostata auch bei großen Prostatae bis 300ml bei Prostatavergrößerung
Bipolare TURP (Prostatahobelungen mit modernen Methoden ohne Bauchdeckenkatheter)
LASER: Greenlightlaseroperationen bei Prostatavergrößerung bei Prostatavergrößerung
Harnröhrenschlitzungen
Bipolare TURBlase: Entfernung von Blasentumoren
Harnleiter-Operationen flexibel minimalinvasiv mit modernem Laser bei Tumoren oder Engen
Diagnostik bei Prostatakrebs
Moderne MRT der Prostata auch für GKV Versicherte bei Prostatakrebsverdacht
MRT-Ultraschall-Fusionierte, gezielte Biopsie der Prostata mit ausführlichem persönlichen Befundbericht in Narkose perineal über den Damm
Elastographie-Ultraschall-Fusionierte, gezielte Biopsie der Prostata

29 MHz Ultraschalluntersuchung der Prostata bei Verdacht auf Prostatakrebs
 Ultraschall gezielte Biopsie der Prostata mit ausführlichem persönlichen Befundbericht in lokaler Narkose
 Inkontinenzoperationen
 Operationen an verengten Harnröhren mittels Mundschleimhaut
 Andere Operationen am Hoden und Genital

Zentren:

Uro-Onkologisches Zentrum: DKG Zertifiziert, Leitung Prof. Dr. Pelzer
 Prostatakrebszentrum: DKG-zertifiziert, Leiter OA Dr. Baltes
 Blasenkrebszentrum: DKG-zertifiziert, Leiter OA Dr. Stoll
 Nierenkrebszentrum: DKG-zertifiziert, Leiterin OA Dr. El-Malazi
 Hodenkrebszentrum: DKG zertifiziert, Leiter OA Dr. Thiele
 Endourologischen Zentrum: Leiter OA Dr. Thiele

DaVinci Zentrum Hannover Mitte: Leitung Prof. Dr. Pelzer und OA Dr. Stoll

B-10.5 Fallzahlen Urologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	2656
Teilstationäre Fallzahl	0

B-10.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-10.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	vollstat.	teilstat.	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C61	385	< 4	385	Bösartige Neubildung der Prostata
2	C67	299	< 4	299	Bösartige Neubildung der Harnblase
3	N20	295	< 4	295	Nieren- und Ureterstein
4	N13	275	< 4	275	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie
5	N40	244	< 4	244	Prostatahyperplasie
6	N45	70	< 4	70	Orchitis und Epididymitis
7	C64	67	< 4	67	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken
8	N43	61	< 4	61	Hydrozele und Spermatozele
9	N30	50	< 4	50	Zystitis
10	N10	49	< 4	49	Akute tubulointerstitielle Nephritis

B-10.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10	vollstat.	teilstat.	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
C61	385	< 4	385	Bösartige Neubildung der Prostata
C67	299	< 4	299	Bösartige Neubildung der Harnblase
N20	295	< 4	295	Nieren- und Ureterstein
N13	275	< 4	275	Obstruktive Uropathie und Refluxuopathie
N40	244	< 4	244	Prostatahyperplasie
C64	67	< 4	67	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken
C62.9	15	< 4	15	Bösartige Neubildung: Hoden, nicht näher bezeichnet

B-10.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-10.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-137	961	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]
2	1-661	577	Diagnostische Urethrozystoskopie
3	5-601	464	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe
4	5-573	372	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase
5	5-550	347	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung
6	5-987	303	Anwendung eines OP-Roboters
7	5-562	290	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung
8	8-138	175	Wechsel, Entfernung und Einlegen eines Nephrostomiekatheters
9	5-604	124	Radikale Prostatovesikulektomie
10	8-541	94	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren
11	5-916	86	Temporäre Weichteildeckung
12	5-553	63	Partielle Resektion der Niere
13	5-570	57	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase
14	5-611	52	Operation einer Hydrocele testis
15	5-622	48	Orchidektomie

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
16	5-572	46	Zystostomie
17	5-554	45	Nephrektomie
18	5-585	40	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra
19	1-460	36	Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata
20	5-631	32	Exzision im Bereich der Epididymis
21	5-640	32	Operationen am Präputium
22	5-565	30	Kutane Harnableitung mit Darminterponat [Conduit] (nicht kontinentes Stoma)
23	5-896	26	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
24	3-059	25	Endosonographie der Bauchhöhle [Laparoskopische Sonographie]
25	5-579	25	Andere Operationen an der Harnblase
26	5-624	22	Orchidopexie
27	5-469	19	Andere Operationen am Darm
28	5-995	19	Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)
29	1-464	18	Transrektale Biopsie an männlichen Genitalorganen
30	5-983	18	Reoperation
31	8-190	17	Spezielle Verbandstechniken
32	5-900	16	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut
33	8-133	16	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters
34	8-139	16	Andere Manipulationen am Harntrakt
35	8-812	16	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen

B-10.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-601	464	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe
5-573	372	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase
5-604	124	Radikale Prostatovesikulektomie
5-553	63	Partielle Resektion der Niere
5-622	48	Orchidektomie

B-10.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

B-10.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Ran g	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-137	153	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]
2	1-661	29	Diagnostische Urethrozystoskopie
3	5-640	26	Operationen am Präputium
4	5-611	11	Operation einer Hydrocele testis
5	5-550	9	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung
6	5-631	5	Exzision im Bereich der Epididymis

B-10.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-10.11 Personelle Ausstattung**B-10.11.1 Ärztinnen und Ärzte**

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 13,19

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	13,19	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	13,19	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 201,36467

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,42

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,42	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,42	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 490,0369

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF25	Medikamentöse Tumorthherapie
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
ZF28	Notfallmedizin

B-10.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 19,98

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	19,98	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	19,98	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 132,93293

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,08

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,08	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,08	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 33200

Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,08

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,08	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,08	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2459,25926

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,06

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,06	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,06	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2505,66038

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

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

B-10.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-11 Frauenheilkunde

B-11.1 Allgemeine Angaben Frauenheilkunde

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

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. Sudip Kundu
Telefon	0511/927-3601
Fax	0511/927-3600

Chefärztin oder Chefarzt zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
E-Mail	sudip.kundu@krh.de
Straße/Nr	Stadionbrücke 4
PLZ/Ort	30449 Hannover
Homepage	https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/frauenheilkunde

B-11.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-11.3 Medizinische Leistungsangebote Frauenheilkunde

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Frauenheilkunde	Kommentar
VG00	Sonstige im Bereich Gynäkologie	
VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse	
VG02	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse	
VG03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse	
VG04	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie	
VG06	Gynäkologische Chirurgie	radikale Operationen beim Endometrium (endoskopisch und offenen Chirurgie), Cervix Karzinome, Ovarkarzinome, Vulvakarzinom
VG07	Inkontinenzchirurgie	
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren	
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane	
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	Endometriose
VR00	Sonstige im Bereich Radiologie	MRT Mamma

B-11.5 Fallzahlen Frauenheilkunde

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1092
Teilstationäre Fallzahl	0

B-11.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-11.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	vollstat.	teilstat.	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C50	288	< 4	288	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
2	D25	149	< 4	149	Leiomyom des Uterus
3	N80	86	< 4	86	Endometriose
4	C56	41	< 4	41	Bösartige Neubildung des Ovars
5	D27	39	< 4	39	Gutartige Neubildung des Ovars
6	N81	37	< 4	37	Genitalprolaps bei der Frau
7	C54	28	< 4	28	Bösartige Neubildung des Corpus uteri
8	N62	27	< 4	27	Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse]
9	N83	27	< 4	27	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri
10	T81	27	< 4	27	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert

B-11.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

B-11.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-11.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-870	219	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe
2	5-401	215	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße
3	5-681	134	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus
4	5-702	131	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes
5	5-657	128	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung
6	5-543	120	Exzision und Destruktion von peritonealem Gewebe
7	5-683	117	Uterusexstirpation [Hysterektomie]

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
8	5-651	111	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe
9	5-661	103	Salpingektomie
10	1-672	102	Diagnostische Hysteroskopie
11	5-872	69	(Modifizierte radikale) Mastektomie
12	5-653	60	Salpingoovariektomie

B-11.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

B-11.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

B-11.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-672	67	Diagnostische Hysteroskopie
2	1-471	44	Biopsie ohne Inzision am Endometrium
3	5-690	34	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]
4	5-681	20	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus
5	5-870	15	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe

Ran g	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
6	5-702	14	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes
7	1-694	10	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)
8	5-711	7	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)
9	1-501	5	Biopsie der Mamma durch Inzision

B-11.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-11.11 Personelle Ausstattung

B-11.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 12,31

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,31	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,31	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 88,70837

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 8,65

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,65	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,65	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 126,24277

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen**B-11.11.2 Pflegepersonal**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,4

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,4	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,4	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2730

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,8

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,8	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,8	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 606,66667

Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,82

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,82	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,82	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 600

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,6

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,6	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,6	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1820

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,25

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,25	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,25	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 4368

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 4,52

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,52	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,52	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 241,59292

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP23	Breast Care Nurse	0,5

B-11.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-12 Anästhesiologie und operative Intensivmedizin

B-12.1 Allgemeine Angaben Anästhesiologie und operative Intensivmedizin

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

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Chefärztin seit 1.5.2024
Titel, Vorname, Name	Frau Julika Schön
Telefon	0511/927-3401
Fax	0511/92797-3400
E-Mail	Schoen.Julika@krh.de

Chefärztin oder Chefarzt zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Straße/Nr	Stadionbrücke 4
PLZ/Ort	30459 Hannover
Homepage	https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/anaesthesiologie-und-operative-intensivmedizin

B-12.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-12.3 Medizinische Leistungsangebote Anästhesiologie und operative Intensivmedizin

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

B-12.5 Fallzahlen Anästhesiologie und operative Intensivmedizin

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-12.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-12.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-12.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-620	2440	Diagnostische Tracheobronchoskopie
2	8-831	2075	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße
3	1-843	1965	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus
4	8-930	1869	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
5	8-800	1722	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
6	8-144	1080	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle
7	8-98f	967	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
8	1-844	640	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle
9	8-701	418	Einfache endotracheale Intubation
10	8-910	88	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie
11	8-919	49	Komplexe Akutschmerzbehandlung
12	8-390	38	Lagerungsbehandlung

B-12.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

B-12.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-12.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-12.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-12.11 Personelle Ausstattung

B-12.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 36,07

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	36,07	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	36,07	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 19,47

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	19,47	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	19,47	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

B-12.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 19,35

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	19,35	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	19,35	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,83

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,83	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,83	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,66

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,66	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,66	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ01	Bachelor	
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	24 Vollkräfte
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	1
PQ12	Notfallpflege	
PQ13	Hygienefachkraft	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
PQ20	Praxisanleitung	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP08	Kinästhetik	6
ZP14	Schmerzmanagement	

B-12.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-13 Diagnostische und Interventionelle Radiologie

B-13.1 Allgemeine Angaben 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 2024:

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

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Geschäftsführender Oberarzt
Titel, Vorname, Name	Herr Dr. med. Manuel Lehm
Telefon	0511/927-3500
Fax	0511/927-973500
E-Mail	manuel.lehm@krh.de
Straße/Nr	Stadionbrücke 4
PLZ/Ort	30449 Hannover
Homepage	https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/diagnostische-und-interventionelle-radiologie

B-13.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-13.3 Medizinische Leistungsangebote Diagnostische und Interventionelle Radiologie

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

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

B-13.5 Fallzahlen Diagnostische und Interventionelle Radiologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-13.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-13.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-13.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-225	2662	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
2	3-226	2655	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel
3	3-222	2389	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
4	3-990	2132	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
5	3-200	1196	Native Computertomographie des Schädels
6	3-993	1127	Quantitative Bestimmung von Parametern
7	3-820	716	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel
8	3-206	698	Native Computertomographie des Beckens
9	3-207	591	Native Computertomographie des Abdomens

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
10	3-22x	536	Andere Computertomographie mit Kontrastmittel
11	3-202	529	Native Computertomographie des Thorax
12	8-836	449	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention
13	3-100	353	Mammographie
14	3-221	345	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel
15	3-607	316	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten

B-13.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

B-13.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-13.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-13.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-13.11 Personelle Ausstattung

B-13.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Fachexpertise: gesamtes Spektrum der Magnetresonanztomographie einschließlich Spezialverfahren wie z.B: Kardio-MR, Prostata, Mamma-MR, MR gesteuerte Mamma Biopsie

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 15

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	15	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	15	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 6,88

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,88	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,88	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	
ZF62	Krankenhaushygiene	
ZF70	Magnetresonanztomographie	
ZF23	Magnetresonanztomographie – fachgebunden – (MWBO 2003)	
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)	Mammadiagnostik inkl. Biopsie

B-13.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,51

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,51	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,51	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-13.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Dokumentierte Datensätze		Kommentar DAS
Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	163	100,00 %	163		
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	15	100,00 %	15		
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	< 4	< 4	< 4		
Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4)	43	100,00 %	43		
Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5)	6	100,00 %	6		
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)	8	100,00 %	8		
Karotis-Revaskularisation (10/2)	15	100,00 %	15		
Gynäkologische Operationen (15/1)	454	100,00 %	454		
Geburtshilfe (16/1)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Dokumentierte Datensätze		Kommentar DAS
Mammachirurgie (18/1)	297	100,00 %	295		
Cholezystektomie (CHE)	239	100,42 %	240		
Dekubitusprophylaxe (DEK)	420	100,24 %	421		
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)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Dokumentierte Datensätze		Kommentar DAS
Zählleistungsbereich Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
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)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fall- zahl	Dokumen- tationsrate	Dokumen- tierte Datensätze		Kommentar DAS
Zählleistungsbereich Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspfl ichtige Leistung erbracht.
Leberlebendspende (LLS)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspfl ichtige Leistung erbracht.
Lebertransplantation (LTX)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspfl ichtige Leistung erbracht.
Lungen- und Herz- Lungentransplantation (LUTX)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspfl ichtige Leistung erbracht.
Neonatologie (NEO)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspfl ichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Dokumentierte Datensätze		Kommentar DAS
Nierenlebendspende (NLS)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) (PCI_LKG)	1013	100,10 %	1012		
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	237
Beobachtete Ereignisse	4

Erwartete Ereignisse	2,65
Ergebnis (Einheit)	1,51
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,15 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 1,01
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,51 - 3,58
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	219
Beobachtete Ereignisse	20
Erwartete Ereignisse	12,36
Ergebnis (Einheit)	1,62
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,30 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 - 1,02
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,02 - 2,45
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	237
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	4,21
Ergebnis (Einheit)	1,19
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,26 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,88 - 0,96
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,45 - 2,60
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	237
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	5,24
Ergebnis (Einheit)	1,14
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,24 (95. Perzentil)

Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 - 1,06
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,48 - 2,36
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,37
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,24 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,03 - 1,09
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,11 - 1,00
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	219
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	8,08

Ergebnis (Einheit)	1,36
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,11 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,97 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,72 - 2,36
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	219
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	7,93
Ergebnis (Einheit)	0,50
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,05 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,97 - 1,04
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,17 - 1,20
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	24699
Beobachtete Ereignisse	114
Erwartete Ereignisse	110,37
Ergebnis (Einheit)	1,03
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,45 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,05 - 1,07
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,86 - 1,24
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,00 - 0,00%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	U63 - Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)

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	24699
Beobachtete Ereignisse	90
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,36%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,35 - 0,35%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,30 - 0,45%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-

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	24699
Beobachtete Ereignisse	20
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,08%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	

Vertrauensbereich (bundesweit)	0,06 - 0,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,05 - 0,13%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
Ergebnis-ID	612
Grundgesamtheit	121
Beobachtete Ereignisse	115
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	95,04%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 81,46 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	89,05 - 89,67%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	90,07 - 97,90%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis
Ergebnis-ID	10211
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-

Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 10,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	6,63 - 7,35%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich
Bezeichnung der Kennzahl	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis
Ergebnis-ID	172000_10211
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	9,82 - 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	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	

Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	11,38 - 13,47%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovaryingriff 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	49
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 - 4,97%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	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	
Beobachtete Ereignisse	

Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	1,12
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,18
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,03 - 1,14
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,32 - 2,99
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheeter
Ergebnis-ID	52283
Grundgesamtheit	275
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	2,91%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,46 % (90. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,91 - 3,11%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,38 - 5,41%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
Ergebnis-ID	60685
Grundgesamtheit	137
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 - 1,81%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	26
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	

Ergebnis (Einheit)	30,77%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 29,96 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	17,71 - 19,19%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	15,75 - 49,80%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-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	15
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 - 20,39%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

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	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,42
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,54 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,96 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,07 - 1,29
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	111
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,42
Ergebnis (Einheit)	0,00

Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,51 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,78 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 8,86
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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)	0,43
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,38 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,82 - 0,93
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,08 - 2,40
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten
Ergebnis-ID	52305
Grundgesamtheit	543
Beobachtete Ereignisse	529
Erwartete Ereignisse	

Ergebnis (Einheit)	97,42%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,06 - 96,20%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,72 - 98,46%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	163
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	2,12
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,43 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,89 - 1,01
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 1,77
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	122
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	8,20%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 10,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,28 - 3,58%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	4,51 - 14,43%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	163
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	8,22
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,30 (95. Perzentil)

Vertrauensbereich (bundesweit)	0,96 - 1,02
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,46
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	163
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 - 2,30%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	9
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%

Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,31 - 97,51%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	70,09 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Herzschrtrittmacher-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	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,00 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,93 - 1,23
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 14,62
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrtrittmacher-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 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

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	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,87 - 1,31%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

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	6
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 - 39,03%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

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	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	4,49
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs

Vertrauensbereich (bundesweit)	0,71 - 1,02
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,79 - 23,28
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

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	133
Beobachtete Ereignisse	125
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	93,98%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,80 - 97,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	88,58 - 96,92%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	43
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,35
Ergebnis (Einheit)	0,00

Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,85 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,72 - 1,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 10,02
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dosis-Flächen-Produkt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	131801
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,67
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,12 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,93 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,19 - 2,23
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	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	43
Beobachtete Ereignisse	0

Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,55 - 0,77%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 8,20%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

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	21
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,81
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,72 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 1,05
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 4,54
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	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	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	6,98
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,62 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,01 - 1,41
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,40 - 30,69
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Kommentar beauftragte Stelle	Es liegt eine Fallzahl-Prävalenz-Problematik vor: Kleine Leistungserbringer zeigen häufig extreme QI-Ergebnisse (?/? = 100%, ?/? = 0%), unabhängig davon, ob sie tatsächlich zu den besten oder schlechtesten Leistungserbringer gehören.

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	15
Beobachtete Ereignisse	15

Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,15 - 96,08%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	79,61 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

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	8
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,09
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,62 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,64 - 0,90
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 30,50
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren Revision/Systemwechsel/Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)
Ergebnis-ID	52324
Grundgesamtheit	
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 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

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	8
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,90 %

Vertrauensbereich (bundesweit)	1,09 - 1,63%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 32,44%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose offen-chirurgisch
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	7
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,17 - 1,58%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 35,43%
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	14
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,30
Ergebnis (Einheit)	0,00

Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,10 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,93 - 1,09
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 10,19
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus 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	14
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,16
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,86 - 1,07
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 18,37
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	
Beobachtete Ereignisse	

Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,76 - 3,49%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
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)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 1,22
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 61,61
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)	0,00
Risikoadjustierte Rate	

Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,26 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,81 - 1,05
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 21,42
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

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	15
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	53,33%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,01 - 92,60%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	30,12 - 75,19%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	S99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Kommentar beauftragte Stelle	Neurologische nachstationäre Untersuchungen können nicht in der QS-Dokumentation erfasst werden. Wurde aber durch das Krankenhaus initiiert.

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	10
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%

Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,27 - 1,67%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 27,75%
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)	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	17
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,03 - 0,17%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 13,55%
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	12
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,62 - 3,51%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 18,53%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage
Ergebnis-ID	51370
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,91 % (90. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,53 - 1,75%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	241
Beobachtete Ereignisse	240
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,59%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 97,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,57 - 98,73%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	98,08 - 99,96%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	83
Beobachtete Ereignisse	83
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,14 - 97,51%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,03 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Während der Operation 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	127
Beobachtete Ereignisse	126
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,21%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %

Vertrauensbereich (bundesweit)	98,86 - 99,08%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,38 - 99,91%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Während der Operation 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	62
Beobachtete Ereignisse	61
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,39%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,00 \%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,73 - 99,04%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	92,71 - 99,83%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS
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	230
Beobachtete Ereignisse	229
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,57%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 98,69 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,58 - 99,68%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,99 - 99,95%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	23
Beobachtete Ereignisse	22
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	95,65%
Risikoadjustierte Rate	

Referenzbereich (bundesweit)	>= 94,85 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,73 - 96,62%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	81,42 - 99,53%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	60
Beobachtete Ereignisse	59
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,33%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 70,92 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	88,27 - 89,05%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	92,47 - 99,82%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	230
Beobachtete Ereignisse	225
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	97,83%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 38,35 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	79,81 - 80,39%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,30 - 99,17%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	""Door-to-balloon""-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation 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	31
Beobachtete Ereignisse	24
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	77,42%

Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 75,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	80,65 - 81,55%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	60,70 - 89,29%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	31
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 - 7,72%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt
Ergebnis-ID	56008
Grundgesamtheit	1077
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	

Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 0,25 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,22 - 0,24%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,23%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt
Ergebnis-ID	56014
Grundgesamtheit	52
Beobachtete Ereignisse	48
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	92,31%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 94,54 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	94,86 - 95,30%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	82,74 - 97,35%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	5
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,47
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,03 - 1,17
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,02 - 2,15
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	21
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,67
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,06
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,26 - 1,40
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	62
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	85,47Punkte
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	89,06 - 89,29Punkte
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	81,12 - 89,29Punkte
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	62
Beobachtete Ereignisse	

Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	83,19Punkte
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	86,60 - 86,76Punkte
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	80,23 - 85,94Punkte
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)
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	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	62
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	84,26Punkte
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	85,05 - 85,17Punkte
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	82,13 - 86,26Punkte
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	26
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	75,81Punkte
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	74,95 - 75,23Punkte
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	69,58 - 81,56Punkte
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	22
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	80,43Punkte
Risikoadjustierte Rate	

Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	89,36 - 89,94Punkte
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	62,36 - 93,53Punkte
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	26
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	72,14Punkte
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	80,28 - 80,70Punkte
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	61,16 - 81,93Punkte
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	26
Beobachtete Ereignisse	

Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	92,47Punkte
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	84,01 - 84,39Punkte
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	85,45 - 97,30Punkte
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

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	62
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	79,47Punkte
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	79,64 - 80,01Punkte
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	73,89 - 84,58Punkte
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	17
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	68,27Punkte
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs

Vertrauensbereich (bundesweit)	61,39 - 61,85Punkte
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	58,97 - 77,26Punkte
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	12
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	63,48Punkte
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	48,50 - 49,70Punkte
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	48,00 - 79,16Punkte
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	7
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	78,57Punkte
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	91,32 - 92,42Punkte
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	44,19 - 98,14Punkte
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	62
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	77,27Punkte
Risikoadjustierte Rate	

Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	77,99 - 78,54Punkte
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	67,35 - 85,86Punkte
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	62
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	92,50Punkte
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	93,34 - 93,71Punkte
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	84,68 - 97,67Punkte
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	26
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	1,11
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,04
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,57 - 2,09
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	5
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	1,22
Risikoadjustierte Rate	

Referenzbereich (bundesweit)	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,97 - 1,01
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,46 - 2,64
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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**

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**

Die Mindestmengen Regelung Stammzelltransplantation bei Erwachsenen bezieht sich ab dem Verfahrensjahr 2024 lediglich noch auf allogene Transplantationen, die nicht durchgeführt werden.

	Mindestmenge	Erbrachte Menge
Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)	50	298
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	26	28
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene	15	43
Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen	40	116

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

Ab 2025 wird die Versorgung in der Mindestmengenregelung für die chirurgische Behandlung des Brustkrebses und die thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen erfüllt.

Leistungsbereiche	
Allogene Stammzelltransplantation bei Erwachsenen	
Der Krankenhausstandort ist im Prognosejahr 2026 zur Leistungserbringung berechtigt:	Nein
Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)	
Der Krankenhausstandort ist im Prognosejahr 2026 zur Leistungserbringung berechtigt:	Ja
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	
Der Krankenhausstandort ist im Prognosejahr 2026 zur Leistungserbringung berechtigt:	Ja
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene	
Der Krankenhausstandort ist im Prognosejahr 2026 zur Leistungserbringung berechtigt:	Ja
Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen	
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	
Allogene Stammzelltransplantation bei Erwachsenen	
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
Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)	
Die Prognose wurde von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt:	Ja
Erreichte Leistungsmenge im Berichtsjahr 2024:	298
Erreichte Leistungsmenge in den Quartalen 2024/3, 2024/4, 2025/1 und 2025/2:	312
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	
Die Prognose wurde von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt:	Ja
Erreichte Leistungsmenge im Berichtsjahr 2024:	28
Erreichte Leistungsmenge in den Quartalen 2024/3, 2024/4, 2025/1 und 2025/2:	27
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene	
Die Prognose wurde von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt:	Ja
Erreichte Leistungsmenge im Berichtsjahr 2024:	43
Erreichte Leistungsmenge in den Quartalen 2024/3, 2024/4, 2025/1 und 2025/2:	53
Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen	
Die Prognose wurde von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt:	Ja
Erreichte Leistungsmenge im Berichtsjahr 2024:	116
Erreichte Leistungsmenge in den Quartalen 2024/3, 2024/4, 2025/1 und 2025/2:	104

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

Leistungsbereiche

Allogene Stammzelltransplantation bei Erwachsenen

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)**

Die Mindestmengen Regelung Stammzelltransplantation bei Erwachsenen bezieht sich ab dem Verfahrensjahr 2024 lediglich noch auf allogene Transplantationen, die nicht durchgeführt werden.

Leistungsbereiche

Allogene Stammzelltransplantation bei Erwachsenen

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 für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma (CQ01)

Kommentar

Alle erforderlichen Kriterien sind vom medizinischen Dienst geprüft und bestätigt worden.

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

Kommentar

Das Verfahren wird entsprechend umgesetzt und ist in der Prüfung als bestanden bewertet worden.

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.

Trifft nicht zu.

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

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	144
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	53
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	31

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände
Intensivmedizin	MA01AI	Tagschicht	100,00%	0
Intensivmedizin	MA01AI	Nachtschicht	100,00%	0
Intensivmedizin	MB01BI	Tagschicht	100,00%	0
Intensivmedizin	MB01BI	Nachtschicht	100,00%	0
Intensivmedizin	MC01CI	Tagschicht	33,33%	0
Intensivmedizin	MC01CI	Nachtschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie	MA01DI	Tagschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie	MA04	Tagschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie	MA01DI	Nachtschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie	MA02	Nachtschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie	MA04	Nachtschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie	MA05	Nachtschicht	100,00%	0

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monats- bezogener Erfüllungs- grad	Ausnahme- tatbestände
Allgemeine Chirurgie	MA06	Nachtschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie	MB02_MC02	Nachtschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie	MB05	Nachtschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie	MB06	Nachtschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie	MC05	Nachtschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie	MZNAAE	Nachtschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin	MA02	Tagschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin	MA06	Tagschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin	MB05	Tagschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin	MB06	Tagschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin	MC05	Tagschicht	100,00%	0
Innere Medizin	MA03	Tagschicht	100,00%	0
Innere Medizin	MA03	Nachtschicht	100,00%	0
Innere Medizin	MB03	Tagschicht	100,00%	0
Innere Medizin	MB03	Nachtschicht	100,00%	0
Innere Medizin	MC03	Tagschicht	100,00%	0
Innere Medizin	MC03	Nachtschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Urologie	MA05	Tagschicht	100,00%	0

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monats- bezogener Erfüllungs- grad	Ausnahme- tatbestände
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Urologie	MB02_MC02	Tagschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Urologie	MZNAAE	Tagschicht	100,00%	0
Innere Medizin, Kardiologie	MB04	Tagschicht	100,00%	0
Innere Medizin, Kardiologie	MB04	Nachtschicht	100,00%	0
Gynäkologie und Geburtshilfe	MC06	Tagschicht	50,00%	0
Gynäkologie und Geburtshilfe	MC06	Nachtschicht	0,00%	0

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad
Intensivmedizin	MA01AI	Tagschicht	75,96%
Intensivmedizin	MA01AI	Nachtschicht	81,97%
Intensivmedizin	MB01BI	Tagschicht	73,50%
Intensivmedizin	MB01BI	Nachtschicht	89,34%
Intensivmedizin	MC01CI	Tagschicht	33,88%
Intensivmedizin	MC01CI	Nachtschicht	45,08%
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie	MA01DI	Tagschicht	100,00%
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie	MA04	Tagschicht	85,25%
Allgemeine Chirurgie	MA01DI	Nachtschicht	100,00%

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad
Allgemeine Chirurgie	MA02	Nachtschicht	100,00%
Allgemeine Chirurgie	MA04	Nachtschicht	94,54%
Allgemeine Chirurgie	MA05	Nachtschicht	77,32%
Allgemeine Chirurgie	MA06	Nachtschicht	88,80%
Allgemeine Chirurgie	MB02_MC02	Nachtschicht	97,54%
Allgemeine Chirurgie	MB05	Nachtschicht	91,53%
Allgemeine Chirurgie	MB06	Nachtschicht	93,99%
Allgemeine Chirurgie	MC05	Nachtschicht	95,90%
Allgemeine Chirurgie	MZNAAE	Nachtschicht	94,26%
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin	MA02	Tagschicht	100,00%
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin	MA06	Tagschicht	96,45%
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin	MB05	Tagschicht	93,72%
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin	MB06	Tagschicht	97,81%
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin	MC05	Tagschicht	95,08%
Innere Medizin	MA03	Tagschicht	89,34%
Innere Medizin	MA03	Nachtschicht	93,72%
Innere Medizin	MB03	Tagschicht	98,36%
Innere Medizin	MB03	Nachtschicht	96,45%
Innere Medizin	MC03	Tagschicht	100,00%
Innere Medizin	MC03	Nachtschicht	99,18%

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Urologie	MA05	Tagschicht	94,81%
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Urologie	MB02_MC02	Tagschicht	98,91%
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Urologie	MZNAAE	Tagschicht	99,45%
Innere Medizin, Kardiologie	MB04	Tagschicht	96,45%
Innere Medizin, Kardiologie	MB04	Nachtschicht	73,50%
Gynäkologie und Geburtshilfe	MC06	Tagschicht	47,27%
Gynäkologie und Geburtshilfe	MC06	Nachtschicht	27,32%

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 Anhaltswerte 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 %.

Trifft nicht zu.

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

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

D-3 Aufbau des einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements

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

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

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

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

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

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

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

Patientenzufriedenheitsbefragung

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

Beschwerdemanagement – Unsere Chance besser zu werden

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

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

Fehlermanagement CIRS (Critical Incident Reporting System)

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

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

Hygienemanagement

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

Pflichtschulungen, Unterweisungen und Belehrungen

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

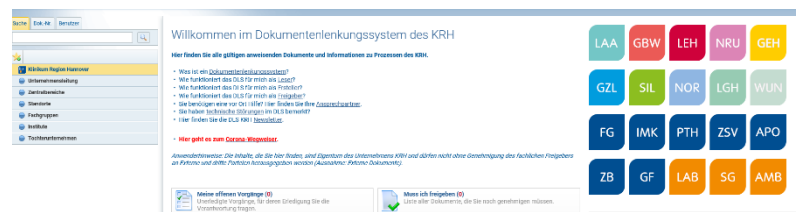
Schulungen und Ersteinweisungen von neuen Mitarbeitenden erfolgen im Rahmen der strukturierten Einarbeitung. Aktuelle Bekanntmachungen werden durch Rundschreiben und Stationsbesuche der Fachkräfte übermittelt. Jährlich erfolgen abteilungsinterne Unterweisungen.

Wissensmanagement/DLS

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

Das DLS (Dokumentenlenkungssystem) ist im KRH die Sammelstelle für

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



Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

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

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Das Krebszentrum zur Behandlung von Krebspatienten am KRH Klinikum Siloah

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

1. Zielsetzungen

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

Das Krebszentrum zur Behandlung von Krebspatienten am KRH Klinikum Siloah

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

1.1. Zielsetzungen

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



Aus Verantwortung gemeinsam für gute Medizin.



KRH KREBSZENTRUM AM KRH KLINIKUM SILOAH

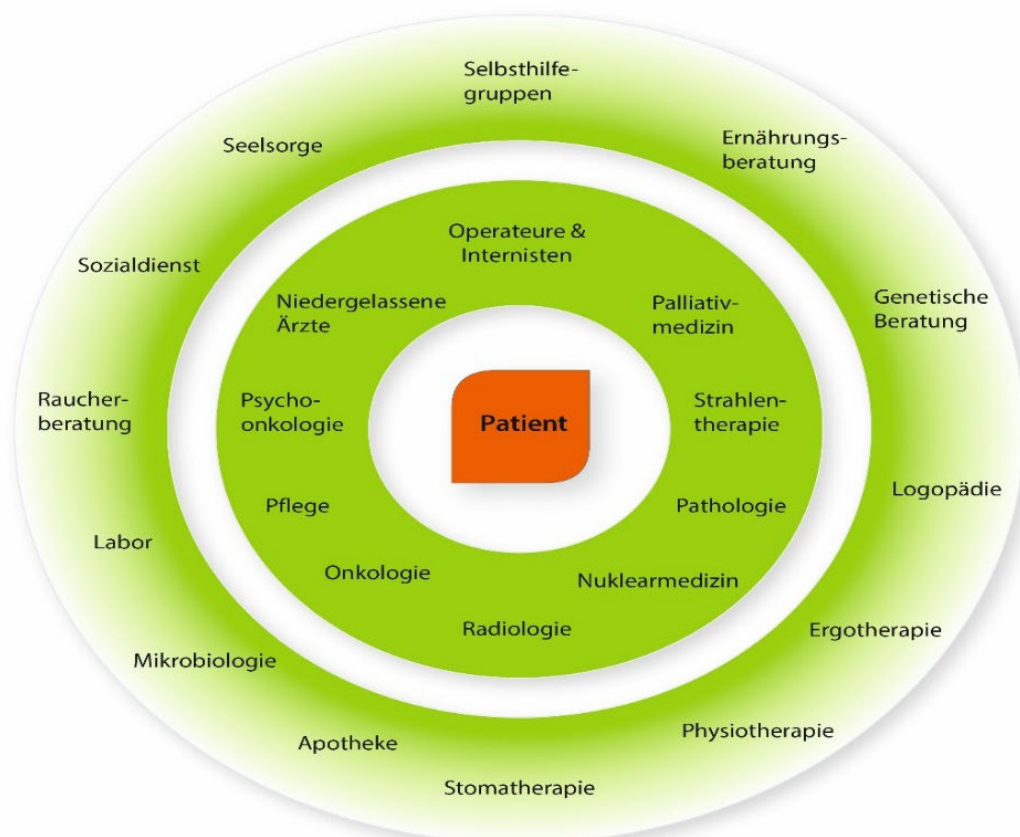


1.2. Ergebnisqualität und besondere fachliche und fachärztliche Expertise

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

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

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



Übersicht der DKG-Zertifizierungen und Zertifizierungen durch Fachgesellschaften am KRH Klinikum Siloah

Nr.	Bezeichnung	Auditgrundlage
1	KRH Klinikum Siloah	DIN EN ISO 9001:2015
2	KRH Krebszentrum	DKG Deutsche Krebsgesellschaft
3	Zentrum für Lymphome, Leukämien und Multiples Myelom	DKG Deutsche Krebsgesellschaft
4	Lungenkrebszentrum	DKG Deutsche Krebsgesellschaft
5	Uroonkologisches Zentrum (mit Prostata, Niere, Blase und Hoden)	DKG Deutsche Krebsgesellschaft
6	Prostatakrebszentrum	DKG Deutsche Krebsgesellschaft
7	Nierenkrebszentrum	DKG Deutsche Krebsgesellschaft
8	Blasenkrebszentrum	DKG Deutsche Krebsgesellschaft
9	Hodenkrebszentrum	DKG Deutsche Krebsgesellschaft
10	Viszeralonkologisches Zentrum (mit Darm und Pankreas)	DKG Deutsche Krebsgesellschaft
11	Darmkrebszentrum	DKG Deutsche Krebsgesellschaft
12	Pankreaskarzinomzentrum	DKG Deutsche Krebsgesellschaft
13	Kooperierendes Brustkrebszentrum Standorte: KRH Klinikum Siloah und KRH Klinikum Robert Koch Gehrden	DKG Deutsche Krebsgesellschaft
14	Interdisziplinäres Zentrum für Gefäßmedizin	Leitlinien IGC (Interdisziplinäres Gefäßzentrum)
15	Diabetologisches Fußzentrum	Leitlinien DDG
16	Beatmungszentrum	Richtlinien WeanNet
17	Kompetenzzentrum für Hernienchirurgie	Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie
18	Referenzzentrum für chirurgische Erkrankungen der Leber	Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie
19	Nephrologische Schwerpunktlinik	Deutsche Gesellschaft für Nephrologie
20	Zentrum für Hypertonie	Erhebungsbogen DHL
21	Interdisziplinäres Zentrum für Dialysezugänge (Shuntzentrum)	Erhebungsbogen DHL
22	Endometriosezentrum	Stiftung Endometriose Forschung (SEF)

Krebszentrum mit dem Zentrum für Lymphome, Leukämien und Multiples Myelom (HAEZ)

Zentrumsleiter: Herr Prof. Dr. Dr. Martin Müller

Erstzertifizierung: 2012

Erstzertifizierung HAEZ: 2021

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

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

Maßnahme: Jährliche erfolgreiche Zertifizierungen und Weiterentwicklung Krebszentrums mit den integrierten Organkrebszentren: Lungenkrebszentrum, Brustzentrum, gynäkologisches Krebszentrum, **Zentrum für Lymphome, Leukämien und Multiples Myelom** (erfolgreiche Erstzertifizierung im Juni 2021) sowie dem Viszeralonkologisches Zentrum mit integriertem Pankreaskarzinom, Darmkrebszentrum und dem Uro-onkologischen Zentrum bestehend aus dem Blasenkrebszentrum, dem Nierenkrebszentrum, dem Prostatakarzinomzentrum und dem Hodenkrebszentrum, nach den Richtlinien der Deutschen Krebsgesellschaft.

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

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

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

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

Lungenkrebszentrum

Zentrumsleiter: Herr Prof. Thomas Fühner, Herr Prof. Dr. Hans-Gerd Fieguth

Erstzertifizierung: 2010

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

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

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

Maßnahmen: Nach Antragsstellung, erfolgreiche Aufnahme im Netzwerk genomische Medizin.

Ergebnis: Der Antrag wurde positiv bewertet, mit Ringversuchen wurde begonnen, diese wurden entsprechend publiziert.

Uroonkologisches Zentrum (Prostata, Niere, Blase, Hoden)

Zentrumsleiter:

Uroonkologisches Zentrum: Herr Prof. Dr. Alexander Pelzer, MBA

Erstzertifizierung: 2020

Prostatakrebszentrum Herr Dr. Stefan Baltes

Erstzertifizierung: 2011

Nierenkrebszentrum Frau Dr. Lina El- Malazi

Erstzertifizierung: 2020

Blasenkrebszentrum: Herr Dr. Marcel Stoll

Erstzertifizierung: 2021

Hodenzentrum Herr Dr. Johannes Thiele

Erstzertifizierung: 2023

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

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

Ergebnis: Durch die erfolgreich bestandene Zertifizierung als Nierenkrebszentrum erhielt die Klinik auch das Zertifikat als Uroonkologisches Zentrum (Prostata, Niere, Blase, Hoden) von der Deutschen Krebsgesellschaft.

Wir können eine umfassende Diagnostik und Therapie aller Tumorstadien anbieten. Hierbei profitieren unsere Patienten von einer engen Zusammenarbeit aller für den Patienten besonders wichtigen Fachdisziplinen wie unter anderem Urologie, Onkologie, Thoraxchirurgie, Viszeralchirurgie, Nephrologie und Strahlentherapie. Auch jenseits der rein medizinischen Behandlung erfolgt mit Hilfe unserer Kollegen der Psychoonkologie und des Sozialdienstes eine umfassende Versorgung unserer Patienten. Die Erweiterung des Zentrums um das Modul Blasenkrebs erfolgte in 2021, um das Modul Hodenkrebs 2023.

Viszeralonkologisches Zentrum (Darm, Pankreas)

Zentrumsleiter: Herr Prof. Dr. Julian Mall

Erstzertifizierung Viszeralonkologisches Zentrum: 2016

Erstzertifizierung Darmkrebszentrum: 2010

Erstzertifizierung Pankreaskarzinomzentrum: 2016

Zentrumsleiter: Herr Prof. Dr. Josef Fangmann

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

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

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

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

Brustkrebszentrum am Standort KH Siloah

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

Erstzertifizierung: 2005

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

Maßnahmen: Umfassende Etablierung aller notwendigen Strukturen auf der Grundlage der Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft in den Standorten KH Siloah und Gehrden.

Ergebnis: Das Kooperative Brustzentrum arbeitet interdisziplinär sowohl ambulant als auch stationär eng mit Partnern der Fachgebiete Radiologie, Nuklearmedizin, Strahlentherapie, Onkologie, Pathologie, Schmerztherapie, Psychoonkologie sowie Sozialarbeit und Selbsthilfe zusammen. Die Therapiequalität wird jedes Jahr durch OnkoZert und ClarCert überprüft. Seit dem 01.01.2022 hat Frau PD Dr. Hille-Betz die Zentrumsleitung des Brustzentrums Standort KH Siloah übernommen. In 2025 wurden 266 Primärfälle behandelt.

Interdisziplinäres Zentrum für Gefäßmedizin

Leitung: Herr Dr. Hans-Peter Lorenzen

Erstzertifizierung: 2012

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

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

Ergebnis: Das Zentrum für Gefäßmedizin wurde bereits 2004 als interdisziplinäre Organisationseinheit des Klinikum Oststadt-Heidehaus gegründet. Bereits dort arbeiteten die Abteilungen Angiologie, Gefäßchirurgie und vaskuläre Radiologie eng vernetzt zusammen, um einen optimalen Ablauf und Informationsaustausch in der Diagnostik und Therapie des individuellen Patienten zu gewährleisten. Als ambulanter Partner wird eng mit der größten angiologischen Gemeinschaftspraxis Hannovers kooperiert. Diese Arbeit

konnte nach Bezug des Klinikum Neubaus am Standort Siloah (2014) unter noch besseren Rahmenbedingungen wie zum Beispiel einem Hybrid-Op und neuen Katheter Messplätzen erfolgreich fortgeführt werden. Das Gefäßzentrum arbeitet im Klinikum Siloah eng mit dem diabetischen Fußzentrum sowie den Kliniken für Kardiologie, Pneumologie und Nephrologie zusammen. Bereits 2005 wurde das Gefäßzentrum erstmals zertifiziert und wurde seitdem wiederholt durch die drei gefäßmedizinischen Fachgesellschaften für Angiologie, Gefäßchirurgie und Radiologie re-zertifiziert, zuletzt für den Zeitraum: 01.04.2021 - 31.03.2024. Im Mai 2026 ist die Re- Zertifizierung geplant.

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

Weaningzentrum

Zentrumsleiter: Herr Prof. Dr. Thomas Fühner, verantwortliche OA Dr. Maximilian Putzier

Erstzertifizierung: 2011

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

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

Weaningeinheit

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

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

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

Heimbeatmung:

Auf unserer spezialisierten Heimbeatmungstation werden ca. 200 Patienten jährlich auf eine Maskenbeatmung eingestellt, die ambulant als Dauertherapie weitergeführt wird. Im Einklang mit den Empfehlungen der Fachgesellschaft werden ambulant beatmete Patienten alle 6-12 Monate unter stationären Bedingungen kontrolliert. Zurzeit finden

jährlich über 900 Beatmungskontrollen statt. Ein neuer Schwerpunkt ist die Therapie einer Mundstück-Beatmung, die in Einzelfällen den Freiheitsgrad der Patienten erweitern kann.

Ergebnisse:

Seit der Umsetzung in 2016 werden pro Jahr ca. 100 Patienten mit einer durchschnittlichen Liegezeit von knapp 40 Tagen zur Entwöhnung von der invasiven Beatmung behandelt. Etwa die Hälfte der Patienten konnte vollständig ohne Beatmung und etwa ein Viertel mit einer nicht-invasiven Maskenbeatmung in die Häuslichkeit entlassen werden.

Referenzzentrum für Hernien Chirurgie

Zentrumsleiter: Herr Dr. Omar Hügel

Erstzertifizierung: 2015

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

Maßnahme: Unter Durchführung einer Qualitätssicherungsstudie wird die Qualität unter den Augen der Fachgesellschaften DGAV und DHG gemessen und sichergestellt. Eine erneute Re-Zertifizierung ist für 2027 geplant.

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

Kompetenzzentrum für chirurgische Erkrankungen der Leber

Zentrumsleiter: Herr Prof. Dr. Josef Fangmann

Erstzertifizierung: 2019

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

Sozialdienstmitarbeitern gehören auch Psychoonkologen zum Team, die Sie jederzeit unterstützen.

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

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

Neu Nephrologische Schwerpunktlinik – Zentrum für Hypertonie

Leitung: Herr Prof. Dr. Jan Menne

Erstzertifizierung: 2019

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

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

Nephrologische Schwerpunktlinik

Ausgangslage: In 2023 wurde der Beschluss gefasst, die Klinik erneut als nephrologische Schwerpunktlinik zu zertifizieren.

Ergebnis: Im Mai 2024 wurde die Klinik erfolgreich als nephrologische Schwerpunktlinik zertifiziert.

1.a Zentrum für Hypertonie

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

Maßnahme: In 2023 wurde der Beschluss gefasst, zusammen mit der Zertifizierung als Nephrologische Schwerpunktlinik, die Zertifizierung als Klinik für Hypertensiologie anzustreben.

Ergebnis: Mit allen notwendigen Vorbereitungen wurde begonnen die Zertifizierung einzuleiten. Im Mai 2024 wurde die Zertifizierung erreicht.

Interdisziplinäres Zentrum für Dialysezugänge (Shuntzentrum)

Zentrumsleiter: Frau Dr. Ute Tidow

Erstzertifizierung: 2019

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

Maßnahme: Am 25.11.2019 wurde im Krankenhaus Siloah das Referenzzentrum für Dialysezugänge zertifiziert. Damit liegt ein Zentrum der höchsten Versorgungsstufe für Dialysezugänge im Raum Hannover vor. In 2023 erfolgte die erfolgreiche Re-Zertifizierung. In 2026 ist die nächste Re- Zertifizierung geplant.

Ergebnisse: Niereninsuffiziente Patienten mit der Notwendigkeit einer Dialysetherapie werden umfassend von den Abteilungen für Nephrologie, Angiologie und Rheumatologie, der Abteilung für interventionelle Radiologie und der Abteilung für Gefäßchirurgie betreut. Vor dem Hintergrund einer stetig wachsenden Anzahl von Dialysepatienten mit dem begleitend hohen Bedarf an Erstanlagen und Korrekturen von Gefäßzugängen zur Hämodialyse und angesichts der zunehmenden Komorbiditäten dieser Patienten können wir im Rahmen des überregionalen Zentrums für Dialysezugängen eine bestmögliche Therapie bieten. Hierbei wurde auch die Implementierung der pflegerischen Leitlinien und der interdisziplinären Empfehlungen zum Umgang mit Gefäßzugängen unterstützt.

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

Kontaktaufnahme:

1. Dialysepatienten können über die Shuntsprechstunde unter 0511-927-3300 angemeldet werden, um Informationen über einen anstehenden Dialysezugang zu erhalten.
2. Ist eine Aufdehnung eines Dialysezugangs erforderlich, können die Patienten über die Radiologie unter 0511- 927-1600 anmeldet werden.

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

Diabetologisches Fußzentrum

Leitung: Herr Dr. Malte Boeck

Erstzertifizierung: 2013

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

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

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

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

Das Behandlungsteam unter Leitung des Internisten und Diabetologen Dr. Malte Boeck besteht aus Gefäßmediziner, Radiologen und (Gefäß-)Chirurgen. So können alle Aspekte der diabetischen Stoffwechseltherapie berücksichtigt werden. Über eine Kooperation mit Orthopädie- Schuhmachern und Orthopädie-Technikern ist ebenfalls die Bereitstellung von notwendigen Hilfsmitteln (z. B. Therapieschuhen) sichergestellt. Das Fußzentrum ist über die regionalen Grenzen hinaus gut etabliert. Dr. Boeck wurde als Leiter des diabetischen Fuß- und Wundzentrums im Rahmen des German Medical Awards 2025 nominiert und ausgezeichnet.

Endometriosezentrum

Zentrumsleiter: Herr Dr. Nelmin Rios

Erstzertifizierung: 2021

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

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

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

Projekt Assist Device - Impella

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

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

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

Projekt FITT STEMI

Ausgangssituation: Die Grundsätze der Versorgung von ST-Hebungs-Myokardinfarkten ist zwar in Leitlinien der deutschen und europäischen Fachgesellschaften beschrieben und wird in einigen Parametern von BQS und AQUA erfragt, lässt aber nach einigen

Erkenntnissen der letzten Jahre keine wirklich belastbare Aussage über die Qualität der Infarktversorgung vom Erstkontakt des Patienten bis zu seiner Behandlung zu. Zudem wird offenbar noch nicht ausreichend die Leitlinienvorgabe (Zeit vom Erstkontakt mit Rettungsdienst bis Wiedereröffnung des Infarktgefäßes <120 min) eingehalten, wie einige Untersuchungen zeigten. Seit 2006 existiert ein zunächst als Studie begonnenes bundesweites Projekt (**FITT STEMI** = **F**eedback-**I**ntervention and **T**reatment **T**imes in **ST**-**E**levation **M**yocardial **I**nfarction), das umfassendere und möglicherweise bessere Parameter zur Qualitätserfassung dokumentiert. Das Konzept dieses Projekts liegt vor allem in der nachhaltigen Verbesserung der Kommunikation aller Beteiligten an der Infarktversorgung vom Rettungsdienst über die Notaufnahmemitarbeiter bis zu den Mitarbeitern der interventionellen Kardiologien aus allen Berufsbereichen (siehe auch www.fitt-stemi.de)

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

Ergebnis: Inzwischen wurden mehr als 1800 Patienten in die Untersuchung eingeschlossen.

DaVinci Zentrum Hannover Mitte

Leitung: Herr Prof. Dr. Alexander Pelzer, MBA

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

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

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

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

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

Minimalinvasive und robotische Thorax Chirurgie

Leitung: Herr Prof. Dr. Hans-Gerd Fieguth / verantwortlicher OA Dr. Andre Meier

Ausgangslage: Seit vielen Jahren ist die Videothorakoskopie (VATS) einer der Schwerpunkte der Klinik für Thoraxchirurgie im KRH Klinikum Siloah.

Durch diese hohe fachliche Expertise können größere Eingriffe, wie z. B. die beim Bronchialkarzinom erforderliche Entfernung eines Lungenlappens minimalinvasiv durchgeführt werden.

Maßnahmen: In der Thoraxchirurgie des KRH Klinikum Siloah wurde die uniportale VATS Lobektomie in den letzten Jahren als minimalinvasive Operationstechnik als **Standard** zur Versorgung des Bronchialkarzinoms etabliert.

Zusätzlich werden robotisch assistierte Operationsverfahren (da Vinci) etabliert.

Ergebnis: Lobektomien bei Lungenkrebspatienten werden bei entsprechendem Befund als uniportale VATS Lobektomie minimalinvasiv durchgeführt. Die aktuelle VATS Lobektomiequote im Jahr 2024 lag bei über 40 %, eine weitere Erhöhung ist angestrebt.