



2023

**KRH KLINIKUM** SILOAH

## STRUKTURIERTER QUALITÄTSBERICHT

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



# **Strukturierter Qualitätsbericht**

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

**für das**

**Berichtsjahr 2023**

**KRH Klinikum Siloah**

Dieser Qualitätsbericht wurde am 12. November 2024 erstellt.

## Inhaltsverzeichnis

-	<b>Einleitung</b> .....	<b>5</b>
<b>A</b>	<b>Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts</b> .....	<b>8</b>
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....	8
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers .....	9
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....	9
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	9
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	11
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit .....	12
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	13
A-9	Anzahl der Betten .....	17
A-10	Gesamtfallzahlen .....	17
A-11	Personal des Krankenhauses .....	17
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....	38
A-13	Besondere apparative Ausstattung .....	58
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V .....	60
<b>B</b>	<b>Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen</b> .....	<b>62</b>
B-1	Kardiologie, Rhythmologie, internistische Intensivmedizin .....	62
B-2	Hämatologie, Onkologie und Immunologie .....	72
B-3	Gastroenterologie, Endoskopie, Diabetologie und Akutgeriatrie .....	80
B-4	Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin .....	93
B-5	Allgemein-, Viszeral- und minimalinvasive Chirurgie .....	104
B-6	Gefäßchirurgie .....	116
B-7	Thoraxchirurgie .....	126

B-8	Urologie .....	137
B-9	Frauenheilkunde .....	147
B-10	Anästhesiologie und operative Intensivmedizin.....	157
B-11	Diagnostische und Interventionelle Radiologie.....	164
B-12	Palliativmedizin .....	171
B-13	Nephrologie, Angiologie und Rheumatologie .....	177
<b>C</b>	<b>Qualitätssicherung .....</b>	<b>190</b>
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	190
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate .....	190
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung .....	195
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	266
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .....	266
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	266
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V .....	266
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V .....	268
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	269
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr.....	269
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) .....	273
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien .....	274
<b>D</b>	<b>Qualitätsmanagement .....</b>	<b>275</b>
D-1	Qualitätspolitik .....	275
D-2	Qualitätsziele .....	277
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements .....	277

D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements.....	278
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte.....	280
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements .....	296

## - Einleitung



### Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

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

### Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

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

### Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <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	0511/927-0
Fax	0511/927-976020
Zentrale E-Mail	<a href="mailto:Info.Siloah@krh.de">Info.Siloah@krh.de</a>
Postanschrift	KRH Klinikum Siloah Stadionbrücke 4 30459 Hannover
Institutionskennzeichen	260321781
Standortnummer aus dem Standortregister	772721000
Standortnummer (alt)	00
URL	<a href="https://www.krh.de/">https://www.krh.de/</a>

### Ärztliche Leitung

Angaben zur Ärztlichen Leitung des Krankenhausstandorts zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Michael Stufler
Telefon	0511/927-6010
Fax	0511/927-976020
E-Mail	<a href="mailto:info.siloah@krh.de">info.siloah@krh.de</a>

### Pflegedienstleitung

Angaben zur Pflegedienstleitung des Krankenhausstandorts zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name	Frau Bärbel Krauthoff
Telefon	0511/927-6031
Fax	0511/927-976020
E-Mail	<a href="mailto:info.siloah@krh.de">info.siloah@krh.de</a>

## Verwaltungsleitung

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

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

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

<b>Krankenhausträger</b>	
<b>Name</b>	KRH Klinikum Region Hannover
<b>Art</b>	Öffentlich

## A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

<b>Krankenhausart</b>	
<b>Krankenhausart</b>	Akademisches Lehrkrankenhaus
<b>Universität</b>	Medizinische Hochschule Hannover

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

<b>Nr.</b>	<b>Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot</b>	<b>Kommentar</b>
MP04	Atemgymnastik/-therapie	
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP21	Kinästhetik	
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
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	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	

## A-6

### Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		
NM40	Empfangs- und Begleitedienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besucher durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter		wird angeboten
NM42	Seelsorge		
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		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		
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

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

<b>Funktion</b>	Leiter Soziale Dienste
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Herr Marco Scharf
<b>Telefon</b>	0511/906-7028
<b>Fax</b>	0511/906-975545
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:marco.scharf@krh.de">marco.scharf@krh.de</a>

---

### A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

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

## A-8            Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1           Forschung und akademische Lehre

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

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

## A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB03	Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut	<p>Im Klinikum Region Hannover stehen zentral in der unternehmenseigenen Akademie Ausbildungsplätze zur Verfügung. Im Rahmen des Studienganges Physiotherapie B. Sc. stehen Ausbildungsplätze in Kooperation mit der HAWK Hildesheim zur Verfügung.</p> <p><a href="https://akademie.krh.de/ausbildung/physiotherapie">https://akademie.krh.de/ausbildung/physiotherapie</a></p>
HB07	Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA)	<p>Im Klinikum Region Hannover stehen zentral in der unternehmenseigenen Akademie Ausbildungsplätze zur Verfügung. Die praktische Ausbildung erfolgt im OP des Klinikums Siloah.</p> <p><a href="https://akademie.krh.de/ausbildung/operationstechnische-assistenz">https://akademie.krh.de/ausbildung/operationstechnische-assistenz</a></p>
HB10	Hebamme und Entbindungspfleger	<p>Die Ausbildung erfolgte bis August 2023 an der KRH Akademie. Der neue Studiengang Hebammenwissenschaft an der Medizinischen Hochschule Hannover hat die Ausbildung grundsätzlich abgelöst (Hebammengesetz). Das KRH ist weiterhin Praxisanbieter für die Studierenden in der Region Hannover.</p>

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB15	Anästhesietechnische Assistentin und Anästhesietechnischer Assistent (ATA)	<p>Im Klinikum Region Hannover stehen zentral in der unternehmenseigenen Akademie Ausbildungsplätze zur Verfügung.</p> <p><a href="https://akademie.krh.de/ausbildung/anaesthesietechnische-assistenz">https://akademie.krh.de/ausbildung/anaesthesietechnische-assistenz</a></p>
HB18	Notfallsanitäterinnen und –sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)	Die Ausbildung wird nicht angeboten, jedoch stehen im Klinikum Region Hannover Plätze für den praktischen Einsatz zur Verfügung.
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	<p>Im Klinikum Region Hannover stehen zentral in der unternehmenseigenen Akademie Ausbildungsplätze zur Verfügung. Die praktische Ausbildung erfolgt im Klinikum Siloah.</p> <p><a href="https://akademie.krh.de/ausbildung/pflegefachfrau/pflegefachmann">https://akademie.krh.de/ausbildung/pflegefachfrau/pflegefachmann</a></p>
HB20	Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	In Kooperation mit der Hochschule Hannover des ausbildungsbegleitenden Studiums Pflege. Pflegefachkräfte mit akademischen Bachelorabschluss (B.Sc.,B.A.); Pflegewissenschaft, Pflegemanagement und Pflegepädagogik werden in der stationären Versorgung eingesetzt.

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	23284
Teilstationäre Fallzahl	334
Ambulante Fallzahl	19044
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: 214,18

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	214,18	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	214,18	
Nicht Direkt	0	

### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 113,07

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	113,07	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	113,07	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 4,14

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,14	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,14	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 3,1

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,1	
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: 420,77

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	420,77	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	420,77	
Nicht Direkt	0	

**Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

Anzahl Vollkräfte: 200,99

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	200,99	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	200,99	
Nicht Direkt	0	

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

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 3,17

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,17	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,17	
Nicht Direkt	0	

### **Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

Anzahl Vollkräfte: 2,27

### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,27	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,27	
Nicht Direkt	0	

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

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

### **Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 25,16

### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	25,16	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	25,16	
Nicht Direkt	0	

### Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 6,66

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,66	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,66	
Nicht Direkt	0	

### Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

### Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 8,5

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,5	
Nicht Direkt	0	

**Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

Anzahl Vollkräfte: 4,85

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,85	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,85	
Nicht Direkt	0	

**Pflegefachfrauen B. Sc., Pflegefachmänner B. Sc.**

Ausbildungsdauer: 7-8 Semester

**Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 0,93

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,93	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,93	
Nicht Direkt	0	

### **Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

#### **Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 4,29

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,29	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,29	
Nicht Direkt	0	

#### **Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

Anzahl Vollkräfte: 3,29

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,29	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,29	
Nicht Direkt	0	

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

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

#### **Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 6,48

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,48	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,48	
Nicht Direkt	0	

#### **Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

Anzahl Vollkräfte: 4,46

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,46	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,46	
Nicht Direkt	0	

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

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

#### **Personal insgesamt**

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	

#### **Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

Anzahl Vollkräfte: 0,58

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,58	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,58	
Nicht Direkt	0	

### **Entbindungspfleger und Hebammen in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 0,99

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,99	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,99	
Nicht Direkt	0	

#### **Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

Anzahl Vollkräfte: 0,03

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,03	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,03	
Nicht Direkt	0	

**Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 4,08

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,08	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,08	
Nicht Direkt	0	

**Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

Anzahl Vollkräfte: 4,08

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,08	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,08	
Nicht Direkt	0	

### **Medizinische Fachangestellte in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 47,17

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	47,17	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	47,17	
Nicht Direkt	0	

#### **Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

Anzahl Vollkräfte: 28,88

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	28,88	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	28,88	
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

##### Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte: 0

##### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

##### Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 0

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

**Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten**

Anzahl Vollkräfte: 0

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

**Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen**

Anzahl Vollkräfte: 0

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

### 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: 18,76

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	18,76	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	18,76	
Nicht Direkt	0	

#### **SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut**

Anzahl Vollkräfte: 10,81

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,81	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,81	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 2,06

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,06	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,06	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 2,28

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,28	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,28	
Nicht Direkt	0	

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

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: 1,1

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,1	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 1,35

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,35	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,35	
Nicht Direkt	0	

### **SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement**

Anzahl Vollkräfte: 3,54

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,54	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,54	
Nicht Direkt	0	

### **SP35 - Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater**

Anzahl Vollkräfte: 3,35

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,35	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,35	
Nicht Direkt	0	

### **SP24 - Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut**

Anzahl Vollkräfte: 3

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3	
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

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

#### A-12.1.2 Lenkungs-gremium

Die Besprechungsfrequenz ist unterschiedlich.

Steuerungsgruppen bezüglich der Betriebsorganisation Siloah gesamt treffen sich aller 14 Tage

Steuerungsgruppen der Zentren 6 mal im Jahr

6 interdisziplinäre Qualitätszirkel im Jahr

4 pflegerische Qualitätszirkel im Jahr

Qualitätsmultiplikatortreffen erfolgen aller 8 Wochen

##### Lenkungs-gremium

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

#### A-12.2 Klinisches Risikomanagement

##### A-12.2.1 Verantwortliche Person

##### Angaben zur Person

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

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

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

---

**A-12.2.2 Lenkungs-gremium**

**Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe**

<b>Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe</b>	Ja - Arbeitsgruppe nur Risikomanagement
<b>Beteiligte Abteilung / Funktionsbereich</b>	Zentrale Steuerungsgruppe
<b>Tagungsfrequenz des Gremiums</b>	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 beschreibendes 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.
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.

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

### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem	
<b>Internes Fehlermeldesystem</b>	Ja
<b>Regelmäßige Bewertung</b>	Ja
<b>Tagungsfrequenz des Gremiums</b>	monatlich
<b>Verbesserung Patientensicherheit</b>	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	
<b>Übergreifendes Fehlermeldesystem</b>	Ja
<b>Regelmäßige Bewertung</b>	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 Krankenhaustygienikern	1	0.5 VK Krankenhaustygienikerin
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	19	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
Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	5	Inklusive Ausbildung und Teilzeit
Hygienebeauftragte in der Pflege	30	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	Dr. med. Michael Stufler
Telefon	0511/927-6020
Fax	0511/927-976020
E-Mail	<a href="mailto:info.siloah@krh.de">info.siloah@krh.de</a>

## A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt.

1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage	
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 Antibiotikaprofylaxe 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 Antibiotikaprofylaxe

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

### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

### Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel

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

#### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

##### Händedesinfektionsmittelverbrauch

##### Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen

- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	56,16 ml/Patiententag

##### Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen

- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	80,75 ml/Patiententag

<b>Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs</b>	Teilweise
--	-----------

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

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

### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
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 anhand eines eigenen Konzepts, 2022 begonnen, Ziel der Komplett- Ausrollung KRH 2024
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 2023 zu 85 % schriftlich vorgetragen.

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

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

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

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden	
Möglich	Ja
Link	<a href="http://www.krh.de">http://www.krh.de</a>
Kommentar	Es sind anonyme Eingaben in das Zentrale Beschwerdemanagement möglich.

## Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

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

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

### Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements

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

## Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher

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

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

### Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprechern

<b>Kommentar</b>	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	0511/927-6900
Fax	0511/927-6929
E-Mail	<a href="mailto:thomas.vorwerk@krh.de">thomas.vorwerk@krh.de</a>

### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Pharmazeutisches Personal	Anzahl (Personen)
Apothekerinnen und Apotheker	3
Weiteres pharmazeutisches Personal	0

#### Erläuterungen

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

---

## A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

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

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese:

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

- Medikationsprozess im Krankenhaus:

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

Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z.B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung</li> <li>- Zubereitung durch pharmazeutisches Personal</li> <li>- Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen</li> </ul>	Risikoarzneimittel werden durch pharmazeutisches Personal zubereitet.
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)</li> <li>- Sonstige elektronische Unterstützung (bei z. B. Bestellung, Herstellung, Abgabe)</li> </ul>	AIDKlinik® zur Entscheidungsunterstützung, Elektronische Bestellung von Arzneimitteln und Rezepturen, elektronische Anforderung von Zytostatika mit dem Zenzy-Arztmodul

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln		SmartMedication
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fallbesprechungen</li> <li>- Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung</li> <li>- Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)</li> <li>- Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)</li> </ul>	Pharmazeutische Visiten, Hinterlegung patientenindividueller AMTS-Hinweise in den Verlaufsberichten durch Apotheker/in, CIRS-System, ABS-Team
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (gegebenenfalls vorläufigen) Entlassbriefs</li> <li>- Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen</li> <li>- Aushändigung des Medikationsplans</li> <li>- bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten</li> </ul>	

#### A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß § 4 Absatz 2 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben Einrichtungen die Prävention von und Intervention bei Gewalt und Missbrauch als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorzusehen. Ziel ist es, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern. Das jeweilige Vorgehen wird an Einrichtungsgröße, Leistungsspektrum und den Patientinnen und Patienten ausgerichtet, um so passgenaue Lösungen zur Sensibilisierung der Teams sowie weitere geeignete vorbeugende und intervenierende Maßnahmen festzulegen. Dies können 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 § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben sich Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen zu befassen (Risiko- und Gefährdungsanalyse) und – der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend – konkrete Schritte und Maßnahmen abzuleiten (Schutzkonzept). In diesem Abschnitt geben Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche versorgen, an, ob sie gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.

## Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen

**Werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt?**

Ja

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

Ja

**Kommentar**

Es liegt eine Verfahrensanweisung "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.
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	Hochfrequenzthermot herapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung 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.

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA23	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	-	Gerät am Standort verfügbar.
AA32	Szintigraphiescanner/ Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten	-	Gerät (e) am Standort verfügbar. .
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	-	Gerät am Standort verfügbar.
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung im Klinikverbund KRH verfügbar.
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	-	Gerät und Versorgungsleistung im Klinikverbund KRH verfügbar.
AA47	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung im Klinikverbund KRH verfügbar.
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	-	Gerät am Standort verfügbar.
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	-	Gerät am Standort verfügbar.
AA69	Linksherzkatheterlabor	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	Ja	Gerät am Standort verfügbar

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA70	Behandlungsplatz für mechanische Thrombektomie bei Schlaganfall	Verfahren zur Eröffnung von Hirngefäßen bei Schlaganfällen	Ja	Gerät 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 Regelungen zu den Notfallstrukturen)**

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

---

## B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

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

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

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

#### Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt 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	<a href="mailto:andreas.franke@krh.de">andreas.franke@krh.de</a>
Straße/Nr	Stadionbrücke 4
PLZ/Ort	30449 Hannover
Homepage	<a href="https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/kardiologie-rhythmologie-und-internistische-intensivmedizin">https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/kardiologie-rhythmologie-und-internistische-intensivmedizin</a>

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

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

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

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Kardiologie, Rhythmologie, internistische Intensivmedizin	Kommentar
VI00	single und multiple Stents	2023 wurden gesamt 701 Patienten mit Stents versorgt
VI00	elektrophysiologische Diagnostik	
VI00	Herzschrittmacher bzw. Defibrillatorimplantation	2023 gesamt 258 Implantationen
VI00	Aggregatwechsel bei einem Herzschrittmacher-System	
VI00	Revision /z.B. Systemwechsel/Explantation/Sondenrevision	
VI00	Herzkatheterlabor	
VI00	Assist Device-Impella, Unterstützung der Herzleistung	
VI00	ASD Verschluss	
VI00	Linksherzkatheter	initial radiale Durchführung: 1360 Fälle diagnostische und interventionelle Linksherzkatheter
VI00	Leistungszahlen Herzkatheterlabor	Verschlüsse von Vorhofseptum-Defekten mittels Katheter: 34 Fälle - davon PFO-Verschlüsse: 32 Fälle - davon ASD-Verschlüsse: 2 Fälle
VI00	Katheterablationen	2023 insgesamt: 256
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Kardiologie, Rhythmologie, internistische Intensivmedizin	Kommentar
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	
<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	3038
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

### B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

#### B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I50	617	Herzinsuffizienz
2	I48	498	Vorhofflimmern und Vorhofflattern
3	I21	475	Akuter Myokardinfarkt
4	I20	322	Angina pectoris
5	I10	103	Essentielle (primäre) Hypertonie
6	R07	95	Hals- und Brustschmerzen
7	R55	87	Synkope und Kollaps
8	I25	76	Chronische ischämische Herzkrankheit
9	I47	72	Paroxysmale Tachykardie
10	I49	69	Sonstige kardiale Arrhythmien
11	I44	67	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock
12	Q21	38	Angeborene Fehlbildungen der Herzsepten

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
13	R00	34	Störungen des Herzschlages
14	E86	28	Volumenmangel
15	J15	27	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert

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

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
I50	617	Herzinsuffizienz
I48	498	Vorhofflimmern und Vorhofflattern
I21	475	Akuter Myokardinfarkt

### B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#### B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-275	1224	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung
2	8-933	1000	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie
3	8-837	888	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen
4	3-052	621	Transösophageale Echokardiographie [TEE]
5	8-835	298	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen
6	1-266	291	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt
7	8-640	232	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus
8	1-265	222	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt
9	8-642	217	Temporäre interne elektrische Stimulation des Herzrhythmus
10	1-268	185	Kardiales Mapping
11	5-377	175	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders
12	1-274	161	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung
13	8-98f	94	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
14	8-144	91	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle
15	1-620	76	Diagnostische Tracheobronchoskopie

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

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1-275	1224	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung
8-835	298	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen
5-377	175	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders

### B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#### Kardiologische Ambulanz (AM08)

<b>Ambulanzart</b>	Notfallambulanz (24h) (AM08)
<b>Kommentar</b>	Kardiologische Erkrankungen

#### Kardiologische Sprechstunde (AM07)

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

#### Rhythmussprechstunde (AM11)

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

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

Ran g	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-275	88	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung
2	5-378	73	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators
3	5-377	23	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders
4	1-279	5	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: 21,97

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	21,97	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	21,97	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 138,27947

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

Anzahl Vollkräfte: 10,19

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,19	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,19	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 298,13543

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
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: 20,61

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	20,61	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	20,61	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 147,40417

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

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 2,21

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,21	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,21	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1374,66063

### **Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,17

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,17	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,17	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 17870,58824

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

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 1,83

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,83	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,83	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1660,10929

### **Medizinische Fachangestellte in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,57

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,57	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,57	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 5329,82456

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
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	<a href="mailto:martin.mueller@krh.de">martin.mueller@krh.de</a>
Straße/Nr	Stadionbrücke 4
PLZ/Ort	30449 Hannover
Homepage	<a href="https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/haematologie-onkologie-und-immunologie">https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/haematologie-onkologie-und-immunologie</a>

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

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Hämatologie, Onkologie und Immunologie	Kommentar
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren	
VH19	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren	
VH20	Interdisziplinäre Tumornachsorge	
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	

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

## B-2.5 Fallzahlen Hämatologie, Onkologie und Immunologie

Fallzahlen	
<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	2425
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	334

## B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C90	432	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen
2	C83	414	Nicht follikuläres Lymphom
3	C92	198	Myeloische Leukämie
4	C91	83	Lymphatische Leukämie
5	C25	80	Bösartige Neubildung des Pankreas
6	C18	78	Bösartige Neubildung des Kolons
7	C34	76	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
8	C67	71	Bösartige Neubildung der Harnblase
9	C50	49	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
10	D46	48	Myelodysplastische Syndrome

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

## B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-2.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-547	1065	Andere Immuntherapie
2	8-542	948	Nicht komplexe Chemotherapie
3	8-543	759	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie
4	6-001	748	Applikation von Medikamenten, Liste 1
5	8-522	434	Hochvoltstrahlentherapie
6	6-009	337	Applikation von Medikamenten, Liste 9
7	1-424	330	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark
8	8-800	316	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
9	1-941	301	Komplexe Diagnostik bei myeloischen und lymphatischen Neubildungen
10	8-831	194	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße
11	6-005	145	Applikation von Medikamenten, Liste 5
12	6-002	132	Applikation von Medikamenten, Liste 2
13	8-144	130	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle
14	6-00a	105	Applikation von Medikamenten, Liste 10
15	8-544	103	Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie

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

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
8-547	1065	Andere Immuntherapie
8-543	759	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie
1-941	301	Komplexe Diagnostik bei myeloischen und lymphatischen Neubildungen
8-544	103	Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie

### B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

Trifft nicht zu.

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

Trifft nicht zu.

### B-2.11 Personelle Ausstattung

#### B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

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

Anzahl Vollkräfte: 9,52

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,52	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,52	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 254,72689

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

Anzahl Vollkräfte: 3,25

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,25	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,25	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 746,15385

## 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: 26,13

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	26,13	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	26,13	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 92,8052

### Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 4,08

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,08	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,08	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 594,36275

### Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner 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: 6062,5

### Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 4,47

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,47	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,47	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 542,50559

#### 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 Gastroenterologie, Endoskopie, Diabetologie und Akutgeriatrie

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

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

### Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt 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	<a href="mailto:frank.gruenhage@krh.de">frank.gruenhage@krh.de</a>
Straße/Nr	Stadionbrücke 4
PLZ/Ort	30449 Hannover
Homepage	<a href="https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/gastroenterologie-interventionelle-endoskopie-diabetologie-und-akutgeriatrie">https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/gastroenterologie-interventionelle-endoskopie-diabetologie-und-akutgeriatrie</a>

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

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

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

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Gastroenterologie, Endoskopie, Diabetologie und Akutgeriatrie	Kommentar
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	Diagnostik bei soliden Tumoren des Gastrointestinaltraktes und der Verdauungsorgane inkl. Leber u. Bauchspeicheldrüse; Falldiskussion in der interdisziplinären Fallkonferenz
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	Akutgeriatrische Komplexbehandlung inkl. verschied. therapeutischer Maßnahmen wie Physiotherapie, Ergotherapie u. Logopädie
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	
VI27	Spezialsprechstunde	Refluxsprechstunde, Hepat ologische Sprechstunde (Privat) Sprechstunde Diabetische Wundversorgung (Privat) 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-3.5 Fallzahlen Gastroenterologie, Endoskopie, Diabetologie und Akutgeriatrie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	2892
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

#### B-3.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	E11	396	Diabetes mellitus, Typ 2
2	K80	158	Cholelithiasis
3	K29	155	Gastritis und Duodenitis
4	K57	118	Divertikelkrankheit des Darmes
5	K22	115	Sonstige Krankheiten des Ösophagus
6	K56	92	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie
7	K85	88	Akute Pankreatitis
8	K83	83	Sonstige Krankheiten der Gallenwege
9	K70	77	Alkoholische Leberkrankheit
10	A09	70	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs
11	K59	67	Sonstige funktionelle Darmstörungen
12	K21	64	Gastroösophageale Refluxkrankheit
13	E10	56	Diabetes mellitus, Typ 1
14	F10	55	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
15	R10	53	Bauch- und Beckenschmerzen

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

### B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#### B-3.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-632	2179	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie
2	1-650	1086	Diagnostische Koloskopie
3	1-440	982	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
4	5-513	757	Endoskopische Operationen an den Gallengängen

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5	3-035	687	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung
6	5-896	390	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
7	1-444	348	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt
8	1-653	348	Diagnostische Proktoskopie
9	1-640	276	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege
10	3-056	275	Endosonographie des Pankreas

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

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-513	757	Endoskopische Operationen an den Gallengängen
3-056	275	Endosonographie des Pankreas
3-055	264	Endosonographie der Gallenwege und der Leber
5-896	390	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut

### B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-650	68	Diagnostische Koloskopie
2	1-444	22	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt
3	5-452	20	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes
4	5-513	8	Endoskopische Operationen an den Gallengängen
5	1-442	< 4	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren
6	1-640	< 4	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege
7	1-642	< 4	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege
8	5-422	< 4	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ösophagus
9	8-123	< 4	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters

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

Trifft nicht zu.

### B-3.11 Personelle Ausstattung

#### B-3.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

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

Anzahl Vollkräfte: 19,57

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	19,57	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	19,57	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 147,77721

### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 10,18

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,18	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,18	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 284,08644

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

### B-3.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

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

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 31,71

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	31,71	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	31,71	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 91,20151

#### Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,72

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,72	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,72	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1063,23529

**Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,42

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,42	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,42	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 6885,71429

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

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 1,42

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,42	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,42	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2036,61972

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

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 2,25

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,25	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,25	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1285,33333

### **Entbindungspfleger und Hebammen in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,77

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,77	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,77	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 3755,84416

### **Medizinische Fachangestellte in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 1,57

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,57	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,57	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1842,03822

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-3.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

---

## B-4 Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin

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

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

#### Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt 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	<a href="mailto:thomas.fuehner@krh.de">thomas.fuehner@krh.de</a>
Straße/Nr	Stadionbrücke 4
PLZ/Ort	30449 Hannover
Homepage	<a href="https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/pneumologie-intensiv-und-schlafmedizin">https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/pneumologie-intensiv-und-schlafmedizin</a>

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

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

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

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

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

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

Fallzahlen	
<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	5285
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

## B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-4.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C34	1249	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
2	J96	729	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert
3	G47	576	Schlafstörungen
4	J44	542	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
5	R91	300	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik der Lunge
6	J15	276	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert
7	J22	95	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet
8	J84	91	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten
9	J20	72	Akute Bronchitis
10	J12	67	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert
11	J90	62	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert
12	C78	53	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
13	A15	49	Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert
14	D86	44	Sarkoidose
15	D38	42	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens des Mittelohres, der Atmungsorgane und der intrathorakalen Organe

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

## B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-4.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-710	3111	Ganzkörperplethysmographie
2	1-620	2979	Diagnostische Tracheobronchoskopie
3	1-711	2016	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität
4	1-715	1940	Sechs-Minuten-Gehtest nach Guyatt
5	1-791	1211	Kardiorespiratorische Polygraphie
6	8-716	871	Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung
7	1-790	708	Polysomnographie
8	8-144	565	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle
9	3-05f	558	Transbronchiale Endosonographie

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
10	1-426	548	(Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren
11	1-430	497	Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen
12	8-542	435	Nicht komplexe Chemotherapie
13	8-717	382	Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen
14	1-844	349	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle
15	8-522	308	Hochvoltstrahlentherapie

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

### B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

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

Trifft nicht zu.

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

Trifft nicht zu.

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

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

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

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

Anzahl Vollkräfte: 31,72

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	31,72	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	31,72	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 166,61412

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

Anzahl Vollkräfte: 15,2

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	15,2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	15,2	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 347,69737

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

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

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

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

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 34,78

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	34,78	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	34,78	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 151,95515

**Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 5,57

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,57	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,57	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 948,83303

### **Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **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: 11489,13043

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

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

#### **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:

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

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 2,3

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,3	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2297,82609

### **Medizinische Fachangestellte in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 1,68

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,68	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,68	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 3145,83333

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-4.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

---

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

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

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

#### Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt 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	<a href="mailto:julian.mall@krh.de">julian.mall@krh.de</a>
Straße/Nr	Stadionbrücke 4
PLZ/Ort	30449 Hannover
Homepage	<a href="https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/allgemein-viszeral-und-minimalinvasive-chirurgie">https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/allgemein-viszeral-und-minimalinvasive-chirurgie</a>

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

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Allgemein-, Viszeral- und minimalinvasive Chirurgie	Kommentar
VC00	Besondere Ausstattung	Hybrid OP, 3D MIC Turm, HD MIC Turm, Da Vinci Operationsroboter
VC21	Endokrine Chirurgie	Endokrine Tumore des Gastrointestinaltrakts und der Nebennieren, minimal-invasive Adrenalectomie, (Neben) - Schilddrüsenchirurgie mit Neuromonitoring
VC22	Magen-Darm-Chirurgie	Behandlung sämtlicher Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes so weit als möglich minimal-invasiv/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 Peritonealkarzinose Hernienchirurgie Endokrine/allgemeine viszeralchirurgische Chirurgie Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
VC62	Portimplantation	In enger Kooperation mit dem Onkologischen Zentrum.
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	Interdisziplinäre perioperative Intensivstation unter anästhesiologischer Führung

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

Fallzahlen	
<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	1661
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

### B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD

#### B-5.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	K40	273	Hernia inguinalis
2	K80	223	Cholelithiasis
3	K35	124	Akute Appendizitis
4	K57	88	Divertikelkrankheit des Darmes
5	K43	77	Hernia ventralis
6	K56	68	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie
7	C18	51	Bösartige Neubildung des Kolons

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
8	C78	51	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
9	K42	38	Hernia umbilicalis
10	K44	31	Hernia diaphragmatica
11	C25	30	Bösartige Neubildung des Pankreas
12	C20	29	Bösartige Neubildung des Rektums
13	K61	26	Abszess in der Anal- und Rektalregion
14	C16	22	Bösartige Neubildung des Magens
15	C22	21	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge

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

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
K40.90	197	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet
K80.00	106	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
K80.10	87	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
C78.7	42	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
C20	29	Bösartige Neubildung des Rektums
C25.0	21	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf
C18.7	16	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum
C22.0	15	Leberzellkarzinom
C18.2	13	Bösartige Neubildung: Colon ascendens
C15.5	11	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel
C16.0	10	Bösartige Neubildung: Kardias
C78.6	8	Sekundäre bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums
C16.2	5	Bösartige Neubildung: Corpus ventriculi
C18.3	5	Bösartige Neubildung: Flexura coli dextra [hepatica]
C18.4	5	Bösartige Neubildung: Colon transversum
C15.4	4	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mittleres Drittel
C16.3	4	Bösartige Neubildung: Antrum pyloricum
C18.5	4	Bösartige Neubildung: Flexura coli sinistra [lienalis]

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
C19	4	Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang
C21.1	4	Bösartige Neubildung: Analkanal
C24.1	4	Bösartige Neubildung: Ampulla hepatopancreatica [Ampulla Vateri]
C25.2	< 4	Bösartige Neubildung: Pankreasschwanz

## B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-5.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-916	662	Temporäre Weichteildeckung
2	5-511	366	Cholezystektomie
3	5-541	301	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums
4	5-530	276	Verschluss einer Hernia inguinalis
5	5-865	186	Amputation und Exartikulation Fuß
6	5-545	161	Verschluss von Bauchwand und Peritoneum
7	5-470	139	Appendektomie
8	5-455	97	Partielle Resektion des Dickdarmes
9	5-534	96	Verschluss einer Hernia umbilicalis
10	5-502	85	Anatomische (typische) Leberresektion
11	5-536	82	Verschluss einer Narbenhernie
12	5-407	75	Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation
13	1-694	71	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)
14	5-484	71	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung
15	5-543	67	Exzision und Destruktion von peritonealem Gewebe

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

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-530.32	200	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenen oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]
5-534.1	50	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchfortenverschluss
5-987.0	40	Anwendung eines OP-Roboters: Komplexer OP-Roboter
5-407.7	35	Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation: Abdominal, laparoskopisch
5-502.0	34	Anatomische (typische) Leberresektion: Segmentresektion (ein Segment)

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-484.35	26	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Anteriore Resektion: Laparoskopisch mit Anastomose
5-524.2	22	Partielle Resektion des Pankreas: Pankreaskopfresektion, pyloruserhaltend
5-502.5	19	Anatomische (typische) Leberresektion: Resektion sonstiger Segmentkombinationen
5-455.41	19	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur [Hemikolektomie rechts]: Offen chirurgisch mit Anastomose
5-501.a0	19	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Destruktion, lokal, durch Mikrowellenablation: Offen chirurgisch
5-501.20	17	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Keilexzision: Offen chirurgisch
5-484.32	11	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Anteriore Resektion: Offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss

### B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

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

Ran g	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-530	120	Verschluss einer Hernia inguinalis
2	5-534	68	Verschluss einer Hernia umbilicalis
3	5-401	5	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße
4	5-535	5	Verschluss einer Hernia epigastrica
5	5-399	< 4	Andere Operationen an Blutgefäßen
6	5-531	< 4	Verschluss einer Hernia femoralis
7	5-536	< 4	Verschluss einer Narbenhernie
8	5-852	< 4	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie
9	5-897	< 4	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis

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

Trifft nicht zu.

### B-5.11 Personelle Ausstattung

#### B-5.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

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

Anzahl Vollkräfte: 17,87

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	17,87	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	17,87	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 92,94908

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 11,75

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11,75	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,75	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 141,3617

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

### B-5.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

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

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 16,76

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	16,76	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	16,76	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 99,10501

**Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern und Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,9

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,9	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,9	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1845,55556

**Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,01

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,01	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,01	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 166100

### **Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **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: 6644

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

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 1,92

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,92	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,92	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 865,10417

**Medizinische Fachangestellte in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 1,67

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,67	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,67	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 994,61078

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

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

## Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

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

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

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

---

## **B-6 Gefäßchirurgie**

### **B-6.1 Allgemeine Angaben Gefäßchirurgie**

Klinik für Gefäßchirurgie

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

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

Zu unseren Schwerpunkten zählen die Therapie von krankhaften Erweiterungen der Hauptschlagader (Aortenaneurysma), Verengungen der Halsschlagader (Carotisstenose) und von Durchblutungsstörungen (pAVK oder arterielle Verschluss-Krankheit). Für jeden Patienten

individuell wird im Rahmen des interdisziplinären Zentrums für Gefäßmedizin beraten, ob durch Operation (Bypass oder gefäßerhaltende Rotationsatherektomie), durch interventionelle Behandlungen wie Ballondilatation (PTA) oder Stentimplantation (EVAR), oder eine Kombination der Verfahren, die genannten Hybrideingriffe, das bestmögliche Ergebnis erzielt werden kann. Besonders Patienten mit komplexen Problemen, zum Beispiel im Rahmen eines Diabetes (diabetisches Fußsyndrom), aber auch Patienten mit Störungen des Fettstoffwechsels profitieren davon.

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

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

#### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Fachabteilung</b>	Gefäßchirurgie
<b>Fachabteilungsschlüssel</b>	1800
<b>Art</b>	Hauptabteilung

#### Ärztliche Leitung

##### Chefärztin oder Chefarzt zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

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

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

##### Angaben zu Zielvereinbarungen

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

### B-6.3 Medizinische Leistungsangebote Gefäßchirurgie

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

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

### B-6.5 Fallzahlen Gefäßchirurgie

Fallzahlen	
<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	725
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

### B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD

#### B-6.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I70	184	Atherosklerose
2	N18	135	Chronische Nierenkrankheit
3	I71	80	Aortenaneurysma und -dissektion
4	I74	33	Arterielle Embolie und Thrombose
5	I65	30	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt
6	I72	26	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion
7	I83	16	Varizen der unteren Extremitäten
8	T81	13	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert
9	I77	10	Sonstige Krankheiten der Arterien und Arteriolen
10	E11	8	Diabetes mellitus, Typ 2

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

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
I70.25	86	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän
I71.4	70	Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur
I65.2	17	Verschluss und Stenose der A. carotis
N18.5	129	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5
I70.22	53	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m
I74.3	16	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten
I72.4	13	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität

### B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#### B-6.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-381	379	Enderarteriektomie
2	5-394	274	Revision einer Blutgefäßoperation
3	5-380	244	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen
4	5-38a	177	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen
5	5-392	167	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes
6	8-836	150	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention
7	5-382	75	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung
8	5-393	60	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen
9	5-98a	53	Hybridtherapie
10	8-840	48	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzen Stents

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

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-392.10	135	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes: Innere AV-Fistel (Cimino-Fistel): Ohne Vorverlagerung der Vena basilica
5-381.70	105	Enderarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. femoralis
5-381.71	86	Enderarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. profunda femoris
5-38a.43	68	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Arterien Becken: 1 Stent-Prothese, iliakal ohne Seitenarm

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
8-836.0s	61	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel
5-98a.0	53	Hybridtherapie: Anwendung der Hybridchirurgie
5-381.54	48	Endarteriektomie: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca externa
5-394.2	40	Revision einer Blutgefäßoperation: Revision eines vaskulären Implantates
5-38a.c0	36	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta abdominalis: Stent-Prothese, ohne Öffnung
5-381.02	29	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell

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

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-385	11	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen
2	5-392	< 4	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes
3	5-399	< 4	Andere Operationen an Blutgefäßen

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

Trifft nicht zu.

### B-6.11 Personelle Ausstattung

#### B-6.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

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

Anzahl Vollkräfte: 7,61

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,61	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,61	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 95,26938

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,49

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,49	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,49	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 161,46993

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-6.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

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

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 4,29

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,29	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,29	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 168,99767

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

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,38

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,38	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,38	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1907,89474

### **Pflegfachfrauen und Pflegefachmänner in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,1

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 7250

**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

**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:

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

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,23

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,23	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,23	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 3152,17391

### **Medizinische Fachangestellte 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: 1768,29268

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-6.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

---

## **B-7 Thoraxchirurgie**

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

Klinik für Thoraxchirurgie

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

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

und Operationen bei Pancoast-Tumor sowie minimalinvasive LASER-Resektionen bei Metastasen.

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

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Thoraxchirurgie
Fachabteilungsschlüssel	2000
Art	Hauptabteilung

### Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt 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	<a href="mailto:hans-gerd.fieguth@krh.de">hans-gerd.fieguth@krh.de</a>
Straße/Nr	Stadionbrücke 4
PLZ/Ort	30449 Hannover
Homepage	<a href="https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/thorax-und-gefaesschirurgie">https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/thorax-und-gefaesschirurgie</a>

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

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

### B-7.3 Medizinische Leistungsangebote Thoraxchirurgie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Thoraxchirurgie
VC10	Eingriffe am Perikard
VC11	Lungenchirurgie
VC12	Tracheobronchiale Rekonstruktionen bei angeborenen Malformationen

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Thoraxchirurgie
VC13	Operationen wegen Thoraxtrauma
VC15	Thorakoskopische Eingriffe
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
VC24	Tumorchirurgie
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
VC58	Spezialsprechstunde
VC59	Mediastinoskopie
VC62	Portimplantation
VC71	Notfallmedizin
VX00	Organunterstützungs- und ersatzverfahren

### B-7.5 Fallzahlen Thoraxchirurgie

Fallzahlen	
<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	375
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

### B-7.6 Hauptdiagnosen nach ICD

#### B-7.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C34	110	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
2	J86	60	Pyothorax
3	C78	45	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
4	J93	37	Pneumothorax
5	S27	21	Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe
6	R91	15	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik der Lunge
7	D14	12	Gutartige Neubildung des Mittelohres und des Atmungssystems
8	S22	10	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule
9	J90	7	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert
10	D38	5	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens des Mittelohres, der Atmungsorgane und der intrathorakalen Organe

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
11	C37	4	Bösartige Neubildung des Thymus
12	J43	4	Emphysem
13	J84	4	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten
14	C45	< 4	Mesotheliom
15	C49	< 4	Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe
16	C61	< 4	Bösartige Neubildung der Prostata
17	C79	< 4	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen
18	C83	< 4	Nicht follikuläres Lymphom

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

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
C34.1	59	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)
J86.9	55	Pyothorax ohne Fistel
C78.0	41	Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge
C34.3	40	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)
J93.1	29	Sonstiger Spontanpneumothorax
D14.3	12	Gutartige Neubildung: Bronchus und Lunge
S27.1	11	Traumatischer Hämatothorax
C34.8	8	Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend
S27.2	7	Traumatischer Hämatothorax
C37	4	Bösartige Neubildung des Thymus

### B-7.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#### B-7.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-322	154	Atypische Lungenresektion
2	5-344	114	Pleurektomie
3	5-340	113	Inzision von Brustwand und Pleura
4	5-333	110	Adhäsiolyse an Lunge und Brustwand
5	5-324	91	Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge
6	5-334	56	Rekonstruktion an Lunge und Bronchien
7	5-345	54	Pleurodese [Verödung des Pleuraspaltes]
8	5-349	30	Andere Operationen am Thorax

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
9	5-323	16	Segmentresektion und Bisegmentresektion der Lunge
10	5-343	10	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Brustwand
11	5-056	5	Neurolyse und Dekompression eines Nerven
12	5-311	5	Temporäre Tracheostomie
13	5-347	5	Operationen am Zwerchfell
14	5-372	5	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Perikardes und Perikardektomie
15	5-077	4	Exzision und Resektion des Thymus
16	5-325	4	Erweiterte Lobektomie und Bilobektomie der Lunge
17	5-327	4	Einfache (Pleuro-)Pneum(on)ektomie
18	5-346	4	Plastische Rekonstruktion der Brustwand
19	5-985	4	Lasertechnik
20	5-041	< 4	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven

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

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-324.b1	68	Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge: Lobektomie mit radikaler Lymphadenektomie, offen chirurgisch: Ohne bronchoplastische oder angioplastische Erweiterung
5-322.g1	56	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, einfach, thorakoskopisch: Ohne Lymphadenektomie
5-334.0	48	Rekonstruktion an Lunge und Bronchien: Naht der Lunge (nach Verletzung), offen chirurgisch
5-322.d1	35	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, einfach, offen chirurgisch: Ohne Lymphadenektomie
5-324.71	17	Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge: Lobektomie, einseitig mit radikaler Lymphadenektomie, thorakoskopisch: Ohne bronchoplastische oder angioplastische Erweiterung
5-323.41	5	Segmentresektion und Bisegmentresektion der Lunge: Segmentresektion, offen chirurgisch: Ohne Lymphadenektomie
5-077.4	4	Exzision und Resektion des Thymus: Resektion
5-349.6	29	Andere Operationen am Thorax: Reoperation an Lunge, Bronchus, Brustwand, Pleura, Mediastinum oder Zwerchfell
5-344.3	9	Pleurektomie: Dekortikation der Lunge [Resektion der viszeralen Pleura], thorakoskopisch
5-985.6	4	Lasertechnik: Neodym-YAG-Laser

## B-7.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

<b>Rang</b>	<b>OPS-301</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>
1	5-399	6	Andere Operationen an Blutgefäßen

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

Trifft nicht zu.

### B-7.11 Personelle Ausstattung

#### B-7.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

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

Anzahl Vollkräfte: 5,8

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,8	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,8	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 64,65517

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

Anzahl Vollkräfte: 4,38

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,38	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,38	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 85,61644

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF31	Phlebologie

### B-7.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

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

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 4,29

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,29	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,29	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 87,41259

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

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,38

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,38	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,38	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 986,84211

### **Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,1

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 3750

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

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

#### **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:

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

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,23

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,23	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,23	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1630,43478

### **Medizinische Fachangestellte 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: 914,63415

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-7.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

**B-8 Urologie**

**B-8.1 Allgemeine Angaben Urologie**

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

**Ärztliche Leitung**

Chefärztin oder Chefarzt 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	<a href="mailto:Alexandre.Pelzer@krh.de">Alexandre.Pelzer@krh.de</a>
Straße/Nr	Stadionbrücke 4
PLZ/Ort	30449 Hannover
Homepage	<a href="https://siloh.krh.de/kliniken-zentren/urologie">https://siloh.krh.de/kliniken-zentren/urologie</a>

## B-8.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

### Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG

Ja

## B-8.3 Medizinische Leistungsangebote Urologie

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

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

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

Zur operativen Behandlung der gutartigen Prostatavergrößerung steht neben dem Verfahren der transurethralen Elektresektion (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	

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

Weitere Medizinische Leistungsangebote:

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

DaVinci Zystektomie mit Ersatzblase

DaVinci Zystektomie mit Iliumconduit

DaVinci Blasenteilentfernung

DaVinci Psoashtich Operation bei Harnleiterenge

DaVinci Harnleiterersatz - Operation bei Harnleiterenge

DaVinci Nierenabgangsenge-Operationen

DaVinci Nierenentfernungen über den Bauchraum und Retroperitoneal

DaVinci Nierenteilentfernungen über den Bauchraum und Retroperitoneal

DaVinci Blasenhalssengenoperationen (Y-V-Plastik)

DaVinci Radikale Prostatektomien mit Nerverhalt und mit Hood-Technik

DaVinci Nebennierenentfernungen

DaVinci Inkontinenzoperationen

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

Endoskopische Operationen

Harnleiterstein-Operationen flexibel minimalinvasiv mit modernem Laser

ESWL

LASER: Holmiumlaserenukleationen (HOLEP) der Prostata auch bei großen Prostaten bis 300ml bei Prostatavergrößerung  
 Bipolare TURP (Prostatatohelungen mit modernen Methoden ohne Bauchdeckenkatheter)  
 LASER: Greenlightlaseroperationen bei Prostatavergrößerung bei Prostatavergrößerung  
 Harnröhrenschlitzungen  
 Bipolare TURBlase: Entfernung von Blasen Tumoren  
 Harnleiter-Operationen flexibel minimalinvasiv mit modernem Laser bei Tumoren oder Engen  
 Diagnostik bei Prostatakrebs  
 Moderne MRT der Prostata auch für GKV Versicherte bei Prostatakrebsverdacht  
 MRT-Ultraschall-Fusionierte, gezielte Biopsie der Prostata mit ausführlichem persönlichen Befundbericht in Narkose perineal über den Damm  
 Elastographie-Ultraschall-Fusionierte, gezielte Biopsie der Prostata mit ausführlichem persönlichen Befundbericht in lokaler Narkose  
 Ultraschall gezielte Biopsie der Prostata mit ausführlichem persönlichen Befundbericht in lokaler Narkose  
 Andere Operationen  
 Inkontinenzoperationen  
 Operationen an verengten Harnröhren mittels Mundschleimhaut  
 Andere Operationen am Hoden und Genital

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

## B-8.5 Fallzahlen Urologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	2858
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-8.6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-8.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	N20	469	Nieren- und Ureterstein
2	C61	448	Bösartige Neubildung der Prostata
3	C67	288	Bösartige Neubildung der Harnblase
4	N13	257	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie
5	N39	247	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
6	N40	184	Prostatahyperplasie
7	R77	101	Sonstige Veränderungen der Plasmaproteine

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
8	N45	77	Orchitis und Epididymitis
9	C64	64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken
10	N30	51	Zystitis

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

### B-8.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#### B-8.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-132	1354	Manipulationen an der Harnblase
2	8-137	1090	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]
3	3-13d	698	Urographie
4	1-661	660	Diagnostische Urethrozystoskopie
5	9-984	510	Pflegebedürftigkeit
6	5-550	494	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung
7	1-999	489	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen
8	5-562	388	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung
9	5-573	375	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase
10	5-601	368	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe
11	5-987	364	Anwendung eines OP-Roboters
12	5-98k	355	Art des Zystoskops
13	3-05c	321	Endosonographie der männlichen Genitalorgane
14	1-465	306	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Genitalorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren
15	5-985	212	Lasertechnik
16	5-98b	190	Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops
17	5-604	170	Radikale Prostatovesikulektomie

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
18	8-138	135	Wechsel und Entfernung eines Nephrostomiekatheters
19	3-13f	105	Zystographie
20	8-541	88	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren

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

### B-8.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

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

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-137	117	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]
2	5-640	29	Operationen am Präputium
3	1-661	27	Diagnostische Urethrozystoskopie
4	5-550	9	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung
5	5-490	< 4	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion
6	5-530	< 4	Verschluss einer Hernia inguinalis

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

Trifft nicht zu.

### B-8.11 Personelle Ausstattung

#### B-8.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

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

Anzahl Vollkräfte: 14,22

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	14,22	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	14,22	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 200,98453

**Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften**

Anzahl Vollkräfte: 5,38

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,38	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,38	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 531,22677

## 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 Tumortherapie
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
ZF28	Notfallmedizin

### B-8.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

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

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 17,57

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	17,57	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	17,57	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 162,66363

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

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 1

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2858

### **Medizinische Fachangestellte in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 1,18

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,18	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,18	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2422,0339

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-8.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

## B-9 Frauenheilkunde

### B-9.1 Allgemeine Angaben Frauenheilkunde

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

## Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. Sudip Kundu
Telefon	0511/927-3601
Fax	0511/927-3600
E-Mail	<a href="mailto:sudip.kundu@krh.de">sudip.kundu@krh.de</a>
Straße/Nr	Stadionbrücke 4
PLZ/Ort	30449 Hannover
Homepage	<a href="https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/frauenheilkunde">https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/frauenheilkunde</a>

## B-9.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

## B-9.3 Medizinische Leistungsangebote Frauenheilkunde

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

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

### B-9.5 Fallzahlen Frauenheilkunde

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1099
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-9.6 Hauptdiagnosen nach ICD

#### B-9.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C50	261	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
2	N80	130	Endometriose
3	D25	123	Leiomyom des Uterus
4	D05	45	Carcinoma in situ der Brustdrüse [Mamma]
5	C56	44	Bösartige Neubildung des Ovars
6	N81	44	Genitalprolaps bei der Frau
7	D27	41	Gutartige Neubildung des Ovars
8	C54	31	Bösartige Neubildung des Corpus uteri
9	N62	25	Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse]
10	N83	25	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri

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

### B-9.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#### B-9.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-401	221	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße
2	5-870	209	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe
3	5-702	187	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes
4	5-543	160	Exzision und Destruktion von peritonealem Gewebe

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5	5-681	132	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus
6	5-651	126	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe
7	5-683	116	Uterusexstirpation [Hysterektomie]
8	1-672	104	Diagnostische Hysteroskopie
9	5-469	104	Andere Operationen am Darm
10	5-657	104	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung
11	5-661	93	Salpingektomie
12	5-569	79	Andere Operationen am Ureter
13	5-653	73	Salpingoovariektomie
14	5-872	69	(Modifizierte radikale) Mastektomie
15	5-704	66	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik

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

### B-9.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-672	85	Diagnostische Hysteroskopie
2	1-694	51	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)
3	5-690	44	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]
4	5-702	38	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes
5	1-471	33	Biopsie ohne Inzision am Endometrium
6	5-681	22	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus
7	5-870	20	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe
8	5-651	16	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe
9	5-653	14	Salpingoovariektomie

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

Trifft nicht zu.

### B-9.11 Personelle Ausstattung

#### B-9.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

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

Anzahl Vollkräfte: 12,41

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,41	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,41	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 88,55761

### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 8,5

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,5	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 129,29412

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

## B-9.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

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

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 10,13

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,13	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,13	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 108,48963

### Altenpflegerinnen und Altenpfleger 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: 1998,18182

### **Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,3

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,3	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 3663,33333

### **Pflegefachfrauen B. Sc., Pflegefachmänner B. Sc.**

Ausbildungsdauer: 7-8 Semester

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,51

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,51	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,51	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2154,90196

**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,33

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,33	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,33	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 3330,30303

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

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

#### **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: 1998,18182

### **Medizinische Fachangestellte in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 2,93

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,93	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,93	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 375,08532

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-9.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

## B-10 Anästhesiologie und operative Intensivmedizin

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

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

## Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	kommissarischer Chefarzt vom 01.10.2023 bis 30.04.2024
Titel, Vorname, Name	Herr Jan- Hinrich Baumert
Telefon	0511/927-3401
Fax	0511/92797-3400
E-Mail	<a href="mailto:Jan-Hinrich.Baumert@krh.de">Jan-Hinrich.Baumert@krh.de</a>
Straße/Nr	Stadionbrücke 4
PLZ/Ort	30459 Hannover
Homepage	<a href="https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/anaesthesiologie-und-operative-intensivmedizin">https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/anaesthesiologie-und-operative-intensivmedizin</a>

## B-10.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

## B-10.3 Medizinische Leistungsangebote Anästhesiologie und operative Intensivmedizin

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

## B-10.5 Fallzahlen Anästhesiologie und operative Intensivmedizin

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-10.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

## B-10.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-10.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-930	2238	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
2	1-843	1943	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus
3	8-800	1508	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
4	8-98f	949	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
5	8-831	862	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße
6	8-701	468	Einfache endotracheale Intubation
7	1-620	307	Diagnostische Tracheobronchoskopie
8	8-144	126	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle
9	8-910	84	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie
10	8-919	56	Komplexe Akutschmerzbehandlung
11	8-900	48	Intravenöse Anästhesie
12	1-844	31	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle
13	8-713	21	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen
14	8-706	19	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung
15	8-390	8	Lagerungsbehandlung

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

## B-10.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

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

Trifft nicht zu.

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

Trifft nicht zu.

## **B-10.11      Personelle Ausstattung**

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

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

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

Anzahl Vollkräfte:      35,65

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

<b>Versorgungsform</b>	<b>Anzahl Vollkräfte</b>	<b>Kommentar</b>
Stationär	35,65	
Ambulant	0	

<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Anzahl Vollkräfte</b>	<b>Kommentar</b>
Direkt	35,65	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:      0

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

Anzahl Vollkräfte:      20,73

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	20,73	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	20,73	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

### B-10.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

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

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 22,62

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	22,62	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	22,62	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

### **Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,63

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,63	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,63	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

### **Medizinische Fachangestellte in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

## Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,44

## Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,44	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,44	
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-10.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

---

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

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

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 sieben 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 Tumortherapie, 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 7 Standorten des KRH Verbundes angeboten. Nachfolgend ein Überblick über das medizinische Leistungsangebot unseres Standortes im Jahr 2023:

#### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Fachabteilung</b>	Diagnostische und Interventionelle Radiologie
<b>Fachabteilungsschlüssel</b>	3751
<b>Art</b>	Hauptabteilung

#### Ärztliche Leitung

##### Chefärztin oder Chefarzt zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

<b>Funktion</b>	Geschäftsführender Oberarzt
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Herr Dr. med. Manuel Lehm
<b>Telefon</b>	0511/927-3500
<b>Fax</b>	0511/927-973500
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:manuel.lehm@krh.de">manuel.lehm@krh.de</a>
<b>Straße/Nr</b>	Stadionbrücke 4
<b>PLZ/Ort</b>	30449 Hannover
<b>Homepage</b>	<a href="https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/diagnostische-und-interventionelle-radiologie">https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/diagnostische-und-interventionelle-radiologie</a>

## B-11.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

## B-11.3 Medizinische Leistungsangebote Diagnostische und Interventionelle Radiologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Diagnostische und Interventionelle Radiologie	Kommentar
VR00	Sonstige im Bereich Radiologie	Interventionelle Radiologie
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	
VR07	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)	
VR08	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung	
VR09	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	
VR15	Arteriographie	Suche von Blutungsquellen
VR16	Phlebographie	
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	
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-11.5 Fallzahlen Diagnostische und Interventionelle Radiologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-11.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

### B-11.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#### B-11.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-225	2333	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
2	3-226	2312	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel
3	3-222	2259	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
4	3-990	2146	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
5	3-200	1070	Native Computertomographie des Schädels
6	3-993	1035	Quantitative Bestimmung von Parametern
7	3-206	822	Native Computertomographie des Beckens
8	3-22x	768	Andere Computertomographie mit Kontrastmittel
9	3-820	745	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
10	3-207	680	Native Computertomographie des Abdomens
11	8-836	643	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention
12	3-202	550	Native Computertomographie des Thorax
13	3-607	391	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten
14	3-221	387	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel
15	8-83b	364	Zusatzinformationen zu Materialien

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

### **B-11.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Trifft nicht zu.

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

Trifft nicht zu.

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

Trifft nicht zu.

### **B-11.11 Personelle Ausstattung**

#### **B-11.11.1 Ärztinnen und Ärzte**

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: 13,24

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	13,24	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	13,24	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 6,09

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,09	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,09	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF62	Krankenhausthygiene
ZF70	Magnetresonanztomographie
ZF23	Magnetresonanztomographie – fachgebunden – (MWBO 2003)
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)

### B-11.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

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

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

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

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

## Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,49

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,49	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,49	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

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

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

---

## **B-12 Palliativmedizin**

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

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
<b>Fachabteilung</b>	Palliativmedizin
<b>Fachabteilungsschlüssel</b>	3752
<b>Art</b>	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	<a href="mailto:markus.sosada@krh.de">markus.sosada@krh.de</a>
Straße/Nr	Stadionbrücke 4
PLZ/Ort	30449 Hannover
Homepage	<a href="https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/palliativmedizin">https://siloah.krh.de/kliniken-zentren/palliativmedizin</a>

## B-12.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

## B-12.3 Medizinische Leistungsangebote Palliativmedizin

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-12.5 Fallzahlen Palliativmedizin

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	194
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-12.6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-12.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C34	39	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
2	C25	15	Bösartige Neubildung des Pankreas
3	C61	15	Bösartige Neubildung der Prostata
4	C50	14	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
5	C18	7	Bösartige Neubildung des Kolons
6	C16	6	Bösartige Neubildung des Magens
7	C68	6	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Harnorgane
8	C80	6	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation
9	C54	5	Bösartige Neubildung des Corpus uteri
10	C90	5	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen

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

## B-12.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-12.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-522	280	Hochvoltstrahlentherapie
2	8-98e	185	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung
3	9-984	60	Pflegebedürftigkeit
4	8-527	22	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
5	8-529	22	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
6	8-528	20	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
7	8-148	4	Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben
8	1-844	< 4	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle
9	6-001	< 4	Applikation von Medikamenten, Liste 1
10	6-006	< 4	Applikation von Medikamenten, Liste 6

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

**B-12.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Trifft nicht zu.

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

Trifft nicht zu.

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

Trifft nicht zu.

**B-12.11 Personelle Ausstattung**

**B-12.11.1 Ärztinnen und Ärzte**

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

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

Anzahl Vollkräfte: 1,91

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,91	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,91	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 101,57068

**Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften**

Anzahl Vollkräfte: 1,65

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,65	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,65	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 117,57576

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

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

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF30	Palliativmedizin
ZF11	Hämostaseologie

### B-12.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

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

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 7,17

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,17	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,17	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 27,05718

**Medizinische Fachangestellte 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: 2425

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-12.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

**B-13 Nephrologie, Angiologie und Rheumatologie**

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

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

**Ärztliche Leitung**

Chefärztin oder Chefarzt 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	<a href="mailto:Jan.menne@krh.de">Jan.menne@krh.de</a>
Straße/Nr	Stadionbrücke 4
PLZ/Ort	30449 Hannover
Homepage	<a href="https://siloh.krh.de/kliniken-zentren/nephrologie-angiologie-und-rheumatologie">https://siloh.krh.de/kliniken-zentren/nephrologie-angiologie-und-rheumatologie</a>

## B-13.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

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

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Nephrologie, Angiologie und Rheumatologie
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
VU15	Dialyse

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

Fallzahlen	
<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	2732
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

### B-13.6 Hauptdiagnosen nach ICD

#### B-13.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I70	324	Atherosklerose
2	N17	229	Akutes Nierenversagen
3	I50	178	Herzinsuffizienz
4	N18	164	Chronische Nierenkrankheit
5	T82	149	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen
6	M31	116	Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien
7	A46	87	Erysipel [Wundrose]
8	I10	87	Essentielle (primäre) Hypertonie
9	N39	77	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
10	A41	59	Sonstige Sepsis
11	N04	47	Nephrotisches Syndrom
12	I26	43	Lungenembolie
13	J15	43	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert
14	E87	36	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts

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

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
N17	229	Akutes Nierenversagen
N18	164	Chronische Nierenkrankheit
M31	116	Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
A41	59	Sonstige Sepsis
N04	47	Nephrotisches Syndrom
I26	43	Lungenembolie

## B-13.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-13.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-854	1851	Hämodialyse
2	5-399	336	Andere Operationen an Blutgefäßen
3	8-831	332	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße
4	8-144	122	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle
5	1-465	106	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Genitalorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren
6	8-542	106	Nicht komplexe Chemotherapie
7	8-547	97	Andere Immuntherapie
8	8-98f	54	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
9	8-152	52	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax
10	8-857	41	Peritonealdialyse
11	8-800	36	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
12	8-98g	36	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern
13	1-424	33	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark
14	8-771	32	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation

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

### B-13.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

Trifft nicht zu.

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

Trifft nicht zu.

## B-13.11 Personelle Ausstattung

### B-13.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

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

Anzahl Vollkräfte: 18,55

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	18,55	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	18,55	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 147,27763

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 8,18

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,18	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,18	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 333,98533

#### 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)

### 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: 23,72

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	23,72	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	23,72	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 115,17707

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

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 1,6

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,6	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,6	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1707,5

### **Pflegfachfrauen und Pflegefachmänner in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,82

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,82	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,82	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 3331,70732

**Pflegeschwestern B. Sc., Pflegeschwestern B. Sc.**

Ausbildungsdauer: 7-8 Semester

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,42

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,42	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,42	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 6504,7619

### **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: 2732

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

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,27

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,27	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,27	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 10118,51852

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

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 1,45

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,45	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,45	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1884,13793

### **Entbindungspfleger und Hebammen in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,19

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,19	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,19	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 14378,94737

### **Medizinische Fachangestellte in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 1,39

### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,39	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,39	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1965,46763

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP08	Kinästhetik	6 Vollkräfte

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

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

---

## C Qualitätssicherung

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

#### C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Dokumentierte Datensätze		Kommentar DAS
Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	134	100,00 %	134		
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	12	100,00 %	12		
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	< 4	< 4	< 4		
Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4)	32	100,00 %	32		
Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5)	7	100,00 %	7		
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)	8	100,00 %	8		
Karotis-Revaskularisation (10/2)	31	100,00 %	29		
Gynäkologische Operationen (15/1)	383	100,00 %	383		
Geburtshilfe (16/1)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Dokumentierte Datensätze		Kommentar DAS
Hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Mammachirurgie (18/1)	296	100,00 %	294		
Cholezystektomie (CHE)	220	100,00 %	220		
Dekubitusprophylaxe (DEK)	456	100,00 %	456		
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 Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen (HCH_KC)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Dokumentierte Datensätze		Kommentar DAS
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.
Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantationen und Herzunterstützungssysteme (HTXM)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Dokumentierte Datensätze		Kommentar DAS
Zähleleistungsbereich Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zähleleistungsbereich 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.
Zähleleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zähleleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Leberlebendspende (LLS)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Dokumentierte Datensätze		Kommentar DAS
Lebertransplantation (LTX)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Neonatologie (NEO)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nierenlebendspende (NLS)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) (PCI_LKG)	1038	100,00 %	1035		
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	568	100,00 %	567		
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 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

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
<b>Ergebnis-ID</b>	2005
<b>Grundgesamtheit</b>	567
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	562
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	99,12%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	98,91 - 98,98%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	97,95 - 99,62%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (ohne COVID-19-Fälle)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt
<b>Ergebnis-ID</b>	232000_2005
<b>Grundgesamtheit</b>	491
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	488
<b>Erwartete Ereignisse</b>	

<b>Ergebnis (Einheit)</b>	99,39%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	98,88 - 98,96%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	98,22 - 99,79%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)
<b>Ergebnis-ID</b>	2006
<b>Grundgesamtheit</b>	533
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	528
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	99,06%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	98,95 - 99,02%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	97,82 - 99,60%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt
<b>Ergebnis-ID</b>	232001_2006
<b>Grundgesamtheit</b>	465

<b>Beobachtete Ereignisse</b>	462
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	99,35%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	98,92 - 99,00%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	98,12 - 99,78%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)
<b>Ergebnis-ID</b>	2007
<b>Grundgesamtheit</b>	34
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	34
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	97,84 - 98,27%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	89,85 - 100,00%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

<b>Ergebnis-ID</b>	232002_2007
<b>Grundgesamtheit</b>	26
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	26
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	97,73 - 98,22%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	87,13 - 100,00%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin bzw. des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
<b>Ergebnis-ID</b>	50722
<b>Grundgesamtheit</b>	554
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	474
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	85,56%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	96,43 - 96,55%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	82,39 - 88,24%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	A71 - Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel
<b>Kommentar beauftragte Stelle</b>	Schulungsbedarfe bei hoher Personalfuktuation
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin bzw. des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

<b>Ergebnis-ID</b>	232009_50722
<b>Grundgesamtheit</b>	480
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	411
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	85,63%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	96,34 - 96,48%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	82,20 - 88,48%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten).
<b>Ergebnis-ID</b>	50778
<b>Grundgesamtheit</b>	510
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	33
<b>Erwartete Ereignisse</b>	27,49
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	1,20
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 1,69 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,89 - 0,91
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,86 - 1,66
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt
<b>Ergebnis-ID</b>	232007_50778

<b>Grundgesamtheit</b>	445
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	27
<b>Erwartete Ereignisse</b>	22,35
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	1,21
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,90 - 0,93
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,84 - 1,73
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	232010_50778
<b>Grundgesamtheit</b>	65
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	6
<b>Erwartete Ereignisse</b>	5,13
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	1,17
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,82 - 0,87
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,54 - 2,37
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind
<b>Ergebnis-ID</b>	231900
<b>Grundgesamtheit</b>	567
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	79

<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	13,93%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	15,76 - 16,00%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	11,32 - 17,03%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt
<b>Ergebnis-ID</b>	232008_231900
<b>Grundgesamtheit</b>	491
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	63
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	12,83%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	14,90 - 15,17%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	10,16 - 16,08%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Cholezystektomie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	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)
<b>Ergebnis-ID</b>	58000
<b>Grundgesamtheit</b>	

<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,87
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 3,34 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,93 - 1,04
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,24 - 3,13
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Cholezystektomie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	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)
<b>Ergebnis-ID</b>	58002
<b>Grundgesamtheit</b>	220
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	12
<b>Erwartete Ereignisse</b>	4,30
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	2,79
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 3,00 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,95 - 1,03
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	1,61 - 4,76
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Cholezystektomie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Blutungen, die eine Behandlung erforderten und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	58003
<b>Grundgesamtheit</b>	220
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	10
<b>Erwartete Ereignisse</b>	5,52
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	1,81
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,63 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,97 - 1,05
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,99 - 3,25
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Cholezystektomie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Weitere Komplikationen, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	58004
<b>Grundgesamtheit</b>	220
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	4
<b>Erwartete Ereignisse</b>	9,58
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,42
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,22 (95. Perzentil)

<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,97 - 1,03
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,16 - 1,05
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Dekubitusprophylaxe</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	52009
<b>Grundgesamtheit</b>	22702
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	121
<b>Erwartete Ereignisse</b>	99,48
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	1,22
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,27 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,04 - 1,06
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	1,02 - 1,45
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Dekubitusprophylaxe</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)
<b>Ergebnis-ID</b>	52010
<b>Grundgesamtheit</b>	22702
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	4
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,02%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Sentinel Event
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,00 - 0,01%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,01 - 0,05%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	U63 - Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Dekubitusprophylaxe</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)
<b>Ergebnis-ID</b>	52326
<b>Grundgesamtheit</b>	22702
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	94

<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,41%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,37 - 0,37%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,34 - 0,51%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Dekubitusprophylaxe</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben.
<b>Ergebnis-ID</b>	521800
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,01 - 0,01%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

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	22702
Beobachtete Ereignisse	22
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,10%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,06 - 0,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,06 - 0,15%
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	91
Beobachtete Ereignisse	85
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	93,41%
Risikoadjustierte Rate	

<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 74,30 % (5. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	88,16 - 88,84%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	86,35 - 96,94%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis
<b>Ergebnis-ID</b>	10211
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 20,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	6,79 - 7,61%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	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
<b>Ergebnis-ID</b>	172000_10211
<b>Grundgesamtheit</b>	4
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	

<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	10,68 - 13,35%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 48,99%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	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
<b>Ergebnis-ID</b>	172001_10211
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	10,86 - 13,13%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen
<b>Ergebnis-ID</b>	12874
<b>Grundgesamtheit</b>	44
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 5,00 %

<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,95 - 1,17%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 8,03%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	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)
<b>Ergebnis-ID</b>	51906
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	1,35
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 4,18
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,99 - 1,11
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,46 - 3,90
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter
<b>Ergebnis-ID</b>	52283
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	

<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 7,25 % (90. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	3,07 - 3,29%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
<b>Ergebnis-ID</b>	60685
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Sentinel Event
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,82 - 1,01%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	U62 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
<b>Ergebnis-ID</b>	60686
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 40,38 % (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	18,72 - 20,29%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Aggregatwechsel</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt
<b>Ergebnis-ID</b>	111801
<b>Grundgesamtheit</b>	12
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Nicht definiert

<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,09 - 0,23%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 24,25%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	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)
<b>Ergebnis-ID</b>	2194
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,61
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,51 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,94 - 1,02
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,15 - 1,58
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	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)
<b>Ergebnis-ID</b>	2195
<b>Grundgesamtheit</b>	113
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	0,42
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 5,45 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,79 - 1,04
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 8,87
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	51191
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,81
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 3,68 (95. Perzentil)

<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,85 - 0,96
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,22 - 2,87
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten
<b>Ergebnis-ID</b>	52305
<b>Grundgesamtheit</b>	446
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	436
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	97,76%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	96,38 - 96,52%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	95,92 - 98,78%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Sondendislokation oder -dysfunktion</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	52311
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,67

<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 4,59 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,01 - 1,14
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,12 - 3,67
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten
<b>Ergebnis-ID</b>	54143
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 10,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	2,80 - 3,07%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Dosis-Flächen-Produkt</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	101800
<b>Grundgesamtheit</b>	

<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,21
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,78 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,74 - 0,79
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,06 - 0,76
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt
<b>Ergebnis-ID</b>	101801
<b>Grundgesamtheit</b>	134
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,60 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,83 - 0,96%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 2,79%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten mit Implantation eines speziellen Herzschrittmachers (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) der linken Herzkammer funktionsfähig positioniert wurde
<b>Ergebnis-ID</b>	102001
<b>Grundgesamtheit</b>	6
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	6
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Nicht definiert
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	96,30 - 97,52%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	60,97 - 100,00%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	51404
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 4,51 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,78 - 1,05
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 58,66
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers
<b>Ergebnis-ID</b>	52315
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Nicht definiert
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,58 - 1,02%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt
<b>Ergebnis-ID</b>	121800
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Nicht definiert

<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,70 - 1,10%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt
<b>Ergebnis-ID</b>	141800
<b>Grundgesamtheit</b>	7
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Nicht definiert
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,23 - 0,50%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 35,43%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren - Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	51186
<b>Grundgesamtheit</b>	32
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	0,18

<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Nicht definiert
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,93 - 1,31
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 19,08
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren - Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten
<b>Ergebnis-ID</b>	52316
<b>Grundgesamtheit</b>	101
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	97
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	96,04%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	96,88 - 97,13%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	90,26 - 98,45%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren - Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Sondendislokation oder -dysfunktion</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	52325

<b>Grundgesamtheit</b>	32
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	0,25
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 5,63 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,81 - 1,10
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 13,97
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren - Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Dosis-Flächen-Produkt</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	131801
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,30
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,20 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,61 - 0,68
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,05 - 1,49
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren - Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt
<b>Ergebnis-ID</b>	131802
<b>Grundgesamtheit</b>	32
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Nicht definiert
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,74 - 0,99%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 10,72%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren - Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	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)
<b>Ergebnis-ID</b>	132001
<b>Grundgesamtheit</b>	24
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	0,94
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	

<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,68 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,99 - 1,14
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 3,92
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren - Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	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)
<b>Ergebnis-ID</b>	132002
<b>Grundgesamtheit</b>	24
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	0,19
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 5,76 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,87 - 1,25
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 19,59
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren - Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten mit Implantation eines speziellen Schockgebers/Defibrillators (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) der linken Herzkammer funktionsfähig positioniert wurde
<b>Ergebnis-ID</b>	132003
<b>Grundgesamtheit</b>	12
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	12
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Nicht definiert
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	94,83 - 95,79%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	75,75 - 100,00%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	51196
<b>Grundgesamtheit</b>	8
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	0,15
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 4,08 (95. Perzentil)

<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,94 - 1,27
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 16,99
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)
<b>Ergebnis-ID</b>	52324
<b>Grundgesamtheit</b>	6
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Nicht definiert
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,32 - 0,71%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 39,03%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt
<b>Ergebnis-ID</b>	151800
<b>Grundgesamtheit</b>	8
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	

<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,90 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,83 - 1,32%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 32,44%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht
<b>Ergebnis-ID</b>	603
<b>Grundgesamtheit</b>	24
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	24
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	99,02 - 99,32%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	86,20 - 100,00%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht
<b>Ergebnis-ID</b>	604
<b>Grundgesamtheit</b>	5

<b>Beobachtete Ereignisse</b>	5
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	99,52 - 99,77%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	56,55 - 100,00%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	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
<b>Ergebnis-ID</b>	605
<b>Grundgesamtheit</b>	22
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,15 - 1,56%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 14,87%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	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
<b>Ergebnis-ID</b>	606
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,60 - 3,03%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	11704
<b>Grundgesamtheit</b>	29
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	0,59
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00

<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 3,22 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,92 - 1,08
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 5,75
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	11724
<b>Grundgesamtheit</b>	29
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	0,29
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,85 - 1,06
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 11,55
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
<b>Ergebnis-ID</b>	51437

<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	97,65 - 98,59%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
<b>Ergebnis-ID</b>	51443
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	98,86 - 99,55%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	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
<b>Ergebnis-ID</b>	51445
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,32 - 2,33%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	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
<b>Ergebnis-ID</b>	51448
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,30 - 4,11%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind
<b>Ergebnis-ID</b>	51859
<b>Grundgesamtheit</b>	5
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0

<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	2,87 - 3,62%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 43,45%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
<b>Ergebnis-ID</b>	51860
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	3,20 - 4,81%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	51865
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,76 - 1,04
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	51873
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	

<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,77 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,80 - 1,02
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während des Krankenhausaufenthaltes einen Schlaganfall oder sind in Zusammenhang mit dem Eingriff verstorben. Bei dem Eingriff wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt
<b>Ergebnis-ID</b>	52240
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Sentinel Event
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	7,66 - 20,06%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Postprozedurale fachneurologische Untersuchung</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, bei denen im Zusammenhang mit dem Eingriff ein Schlaganfall oder eine Durchblutungsstörung des Gehirns aufgetreten ist und die nicht von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie untersucht worden sind
<b>Ergebnis-ID</b>	161800
<b>Grundgesamtheit</b>	29
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	4
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	13,79%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 80,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	81,69 - 82,55%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	5,50 - 30,56%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	S99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)
<b>Kommentar beauftragte Stelle</b>	Der Leistungserbringer hat das Problem erkannt. Lösungen zur Einhaltung des Qualitätsziels wurden bereits erarbeitet.

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	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
<b>Ergebnis-ID</b>	162301
<b>Grundgesamtheit</b>	24
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%

<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,25 - 1,65%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 13,80%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	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
<b>Ergebnis-ID</b>	162304
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,42 - 2,38%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Mammachirurgie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Primäre Axilladisektion bei DCIS</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden vollständig bzw. nahezu vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten)
<b>Ergebnis-ID</b>	2163

<b>Grundgesamtheit</b>	36
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Sentinel Event
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,00 - 0,08%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 9,64%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Mammachirurgie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Entnahme eines oder mehrerer Lymphknoten der Achselhöhle bei einer Vorstufe zu Brustkrebs und einer Operation, bei der die betroffene Brust nicht vollständig entfernt wurde
<b>Ergebnis-ID</b>	50719
<b>Grundgesamtheit</b>	32
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 5,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	2,40 - 3,26%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 10,72%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Mammachirurgie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage
<b>Ergebnis-ID</b>	51370
<b>Grundgesamtheit</b>	164
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 4,76 % (90. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,75 - 1,98%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 2,29%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Mammachirurgie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt
<b>Ergebnis-ID</b>	51846
<b>Grundgesamtheit</b>	239
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	238
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	99,58%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 97,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	98,40 - 98,58%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	97,67 - 99,93%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Mammachirurgie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht
<b>Ergebnis-ID</b>	51847
<b>Grundgesamtheit</b>	95
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	93
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	97,89%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	97,24 - 97,60%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	92,65 - 99,42%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Mammachirurgie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	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.
<b>Ergebnis-ID</b>	52279
<b>Grundgesamtheit</b>	110
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	109
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	99,09%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,00 %

<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	98,83 - 99,05%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	95,03 - 99,84%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Mammachirurgie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	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.
<b>Ergebnis-ID</b>	52330
<b>Grundgesamtheit</b>	68
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	65
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	95,59%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	99,36 - 99,57%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	87,81 - 98,49%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Mammachirurgie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Nach der Operation, bei der ein bösartiger Tumor entfernt wurde, sind alle wichtigen Befunde dazu von Behandelnden in einer Konferenz besprochen worden, bei der die wesentlichen für Brustkrebs verantwortlichen Fachbereiche teilnehmen, um die weitere Therapie abzustimmen
<b>Ergebnis-ID</b>	211800
<b>Grundgesamtheit</b>	215
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	215
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 97,92 % (5. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	99,47 - 99,58%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	98,24 - 100,00%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Mammachirurgie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	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)
<b>Ergebnis-ID</b>	212000
<b>Grundgesamtheit</b>	30
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	30
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 84,93 % (5. Perzentil)

<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	94,65 - 95,65%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	88,65 - 100,00%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Mammachirurgie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	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)
<b>Ergebnis-ID</b>	212001
<b>Grundgesamtheit</b>	65
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	61
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	93,85%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 63,30 % (5. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	86,97 - 87,81%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	85,22 - 97,58%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten
<b>Ergebnis-ID</b>	56003
<b>Grundgesamtheit</b>	58
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	40

<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	68,97%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 73,47 % (5. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	79,20 - 80,13%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	56,36 - 79,73%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>"Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	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
<b>Ergebnis-ID</b>	56004
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 3,57 % (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,70 - 2,01%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Dosis-Flächen-Produkt bei isolierten Koronarangiographien</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	56005
<b>Grundgesamtheit</b>	736
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	1019149
<b>Erwartete Ereignisse</b>	1004034,87
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	1,02
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 1,35 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,91 - 0,92
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,95 - 1,08
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Dosis-Flächen-Produkt bei isolierten PCI</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Eingriffen zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	56006
<b>Grundgesamtheit</b>	18
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	26883
<b>Erwartete Ereignisse</b>	53008,63
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,52
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 1,18 (95. Perzentil)

<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,93 - 0,96
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,07 - 0,98
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Dosis-Flächen-Produkt bei einzeitig-PCI</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen in Kombination mit Eingriffen zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	56007
<b>Grundgesamtheit</b>	351
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	1275102
<b>Erwartete Ereignisse</b>	1202918,78
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	1,06
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 1,27 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,92 - 0,93
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,97 - 1,14
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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

<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 0,14 % (90. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,18 - 0,20%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach der Untersuchung oder nach dem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße Blutungen, die behandelt werden mussten, oder Komplikationen an der Einstichstelle auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	56012
<b>Grundgesamtheit</b>	1100
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	7
<b>Erwartete Ereignisse</b>	5,67
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	1,24
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 1,07 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,94 - 1,00
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,55 - 2,43
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt
<b>Ergebnis-ID</b>	56014
<b>Grundgesamtheit</b>	81
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	77
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	95,06%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 94,19 % (5. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	94,79 - 95,23%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	88,69 - 98,31%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach einer Herzkatheteruntersuchung Komplikationen auftraten (insbesondere ein Herz- oder Hirninfarkt) oder die verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	56018
<b>Grundgesamtheit</b>	715
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	12
<b>Erwartete Ereignisse</b>	20,75
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,58
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 1,03 (95. Perzentil)

<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,96 - 1,01
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,32 - 0,98
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach einem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße Komplikationen auftraten (insbesondere ein Herz- oder Hirninfarkt) oder die verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	56020
<b>Grundgesamtheit</b>	280
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	11
<b>Erwartete Ereignisse</b>	16,05
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,69
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 1,32 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,02 - 1,06
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,36 - 1,19
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach einem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt Komplikationen auftraten (insbesondere ein Herz- oder Hirninfarkt) oder die verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	56022
<b>Grundgesamtheit</b>	93
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	10
<b>Erwartete Ereignisse</b>	15,23
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,66
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 1,10 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,96 - 1,02
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,34 - 1,16
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	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)
<b>Ergebnis-ID</b>	56100
<b>Grundgesamtheit</b>	5
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	1,33

<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,07 - 1,21
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,16 - 5,38
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	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)
<b>Ergebnis-ID</b>	56101
<b>Grundgesamtheit</b>	30
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	2,48
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.

<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,04 - 1,10
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,95 - 5,75
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten erhielten nach dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung keinen Termin für eine Herzkatheteruntersuchung zur routinemäßigen Nachkontrolle
<b>Ergebnis-ID</b>	56102
<b>Grundgesamtheit</b>	23
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	93,75Punkte
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,88 - 0,88Punkte
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	81,42 - 99,53Punkte
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Prozessbegleitende Koordination der Versorgung</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	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 Ärzte hinzuziehen
<b>Ergebnis-ID</b>	56103
<b>Grundgesamtheit</b>	79
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	74,86Punkte
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,88 - 0,89Punkte
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	70,04 - 79,43Punkte
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)
<b>Kommentar beauftragte Stelle</b>	Die DeQS-RL sieht kein Stellungnahmeverfahren für Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung für das Auswertungsjahr 2024 vor.

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	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
<b>Ergebnis-ID</b>	56104
<b>Grundgesamtheit</b>	79
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	82,99Punkte
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,88 - 0,88Punkte
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	80,42 - 85,41Punkte
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)
<b>Kommentar beauftragte Stelle</b>	Die DeQS-RL sieht kein Stellungnahmeverfahren für Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung für das Auswertungsjahr 2024 vor.

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	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
<b>Ergebnis-ID</b>	56105
<b>Grundgesamtheit</b>	79
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	79,75Punkte
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,85 - 0,85Punkte
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	77,67 - 81,74Punkte
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)
<b>Kommentar beauftragte Stelle</b>	Die DeQS-RL sieht kein Stellungnahmeverfahren für Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung für das Auswertungsjahr 2024 vor.

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Patienteninformation vor der elektiven Prozedur</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten wurden vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung aufgeklärt und informiert
<b>Ergebnis-ID</b>	56106

<b>Grundgesamtheit</b>	35
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	74,62Punkte
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,74 - 0,75Punkte
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	69,32 - 79,60Punkte
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	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
<b>Ergebnis-ID</b>	56107
<b>Grundgesamtheit</b>	25
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	90,38Punkte
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.

<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,89 - 0,90Punkte
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	76,73 - 98,30Punkte
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten konnten sich an Entscheidungen hinsichtlich des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung beteiligen
<b>Ergebnis-ID</b>	56108
<b>Grundgesamtheit</b>	35
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	77,84Punkte
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,81 - 0,81Punkte
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	69,10 - 85,48Punkte
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Wartezeit im Patientenhemd vor der Zeit im Herzkatheterlabor
<b>Ergebnis-ID</b>	56109
<b>Grundgesamtheit</b>	35

<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	87,77Punkte
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,84 - 0,84Punkte
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	80,47 - 93,55Punkte
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Die Ärztinnen und Ärzte haben sich vor dem geplanten Eingriffs 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
<b>Ergebnis-ID</b>	56110
<b>Grundgesamtheit</b>	4
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	96,15Punkte
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	

<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,91 - 0,92Punkte
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	82,67 - 100,00Punkte
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Patienteninformation nach der Prozedur</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten erhielten nach dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung Informationen zur weiteren Versorgung
<b>Ergebnis-ID</b>	56111
<b>Grundgesamtheit</b>	79
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	81,31Punkte
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,79 - 0,79Punkte
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	77,10 - 85,12Punkte
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten erhielten nach einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente
<b>Ergebnis-ID</b>	56112
<b>Grundgesamtheit</b>	21
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	67,23Punkte
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,62 - 0,62Punkte
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	59,91 - 74,58Punkte
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten mit dringend notwendigem bzw. akutem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße erhielten Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und zum Umgang mit psychischer Belastung
<b>Ergebnis-ID</b>	56113
<b>Grundgesamtheit</b>	22
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	

<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	47,01Punkte
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,49 - 0,50Punkte
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	34,43 - 59,98Punkte
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	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
<b>Ergebnis-ID</b>	56114
<b>Grundgesamtheit</b>	4
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	70,00Punkte
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.

<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,92 - 0,93Punkte
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	28,38 - 97,15Punkte
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten wurden in der Zeit unmittelbar nach der Herzkatheteruntersuchung oder dem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße Nachbeobachtung regelmäßig gefragt, ob sie Schmerzen haben, und erhielten bei Bedarf Schmerzmittel
<b>Ergebnis-ID</b>	56115
<b>Grundgesamtheit</b>	79
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	70,43Punkte
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,78 - 0,78Punkte
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	60,82 - 79,21Punkte
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	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
<b>Ergebnis-ID</b>	56116
<b>Grundgesamtheit</b>	79
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	90,26Punkte
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,93 - 0,93Punkte
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	82,77 - 95,78Punkte
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Vermeidung behandlungsbedürftiger Hämatome bei der elektiven Prozedur</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten ohne Blutansammlungen im Gewebe (keine Blutergüsse/Hämatome) nach dem geplanten Eingriff (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	56117
<b>Grundgesamtheit</b>	35
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	

<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	1,29
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,00 - 1,04
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,71 - 2,30
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	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)
<b>Ergebnis-ID</b>	56118
<b>Grundgesamtheit</b>	5
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	1,07
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,00 - 1,04
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,44 - 2,25
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	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
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	26	28
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene	10	51

**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	
<b>Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene</b>	
Der Krankenhausstandort ist im Prognosejahr 2025 zur Leistungserbringung berechtigt:	Ja
<b>Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene</b>	
Der Krankenhausstandort ist im Prognosejahr 2025 zur Leistungserbringung berechtigt:	Ja
<b>Allogene Stammzelltransplantation bei Erwachsenen</b>	
Der Krankenhausstandort ist im Prognosejahr 2025 zur Leistungserbringung berechtigt:	Nein

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

Leistungsbereiche	
<b>Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene</b>	
Die Prognose wurde von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt:	Ja
Erreichte Leistungsmenge im Berichtsjahr 2023:	28
Erreichte Leistungsmenge in den Quartalen 2023/3, 2023/4, 2024/1 und 2024/2:	31
<b>Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene</b>	
Die Prognose wurde von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt:	Ja
Erreichte Leistungsmenge im Berichtsjahr 2023:	51
Erreichte Leistungsmenge in den Quartalen 2023/3, 2023/4, 2024/1 und 2024/2:	42
<b>Allogene Stammzelltransplantation bei Erwachsenen</b>	
Die Prognose wurde von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt:	Nein
Erreichte Leistungsmenge im Berichtsjahr 2023:	0
Erreichte Leistungsmenge in den Quartalen 2023/3, 2023/4, 2024/1 und 2024/2:	0

### 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 2025 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 2025 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 Bauchortenaneurysma (CQ01)

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

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

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

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

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	127
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	50
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	44

## 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%	3
Intensivmedizin	MA01AI	Nachtschicht	100,00%	3
Intensivmedizin	MB01BI	Tagschicht	91,67%	3
Intensivmedizin	MB01BI	Nachtschicht	100,00%	3
Intensivmedizin	MC01CI	Tagschicht	8,33%	3
Intensivmedizin	MC01CI	Nachtschicht	91,67%	3
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie	MA01DI	Tagschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie	MA04	Tagschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie	MB06	Tagschicht	100,00%	3
Allgemeine Chirurgie	MA01DI	Nachtschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie	MA04	Nachtschicht	100,00%	2

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände
Allgemeine Chirurgie	MA05	Nachtschicht	91,67%	3
Allgemeine Chirurgie	MA06	Nachtschicht	100,00%	3
Allgemeine Chirurgie	MB02_MC02	Nachtschicht	100,00%	3
Allgemeine Chirurgie	MB05	Nachtschicht	100,00%	3
Allgemeine Chirurgie	MB06	Nachtschicht	100,00%	3
Allgemeine Chirurgie	MC05	Nachtschicht	100,00%	2
Allgemeine Chirurgie	MZNAAE	Nachtschicht	100,00%	3
Innere Medizin	MA02	Tagschicht	100,00%	0
Innere Medizin	MA03	Tagschicht	100,00%	3
Innere Medizin	MA03	Nachtschicht	100,00%	3
Innere Medizin	MB03	Tagschicht	100,00%	3
Innere Medizin	MB03	Nachtschicht	100,00%	2
Innere Medizin	MC03	Tagschicht	100,00%	0
Innere Medizin	MC03	Nachtschicht	100,00%	2
Geriatrie	MA02	Nachtschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin	MA04	Tagschicht	100,00%	2
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin	MC05	Tagschicht	100,00%	3
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Urologie	MA05	Tagschicht	100,00%	1
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Urologie	MA06	Tagschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Urologie	MB05	Tagschicht	100,00%	3

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände
Allgemeine Chirurgie, Urologie	MA06	Tagschicht	100,00%	1
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Urologie	MB02_MC02	Tagschicht	100,00%	3
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Urologie	MZNAAE	Tagschicht	66,67%	3
Innere Medizin, Kardiologie	MB04	Tagschicht	100,00%	2
Innere Medizin, Kardiologie	MB04	Nachtschicht	91,67%	3
Gynäkologie und Geburtshilfe	MC06	Tagschicht	8,33%	3
Gynäkologie und Geburtshilfe	MC06	Nachtschicht	0,00%	3

### C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad
Intensivmedizin	MA01AI	Tagschicht	79,73%
Intensivmedizin	MA01AI	Nachtschicht	81,64%
Intensivmedizin	MB01BI	Tagschicht	64,38%
Intensivmedizin	MB01BI	Nachtschicht	91,23%
Intensivmedizin	MC01CI	Tagschicht	25,21%
Intensivmedizin	MC01CI	Nachtschicht	38,90%
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie	MA01DI	Tagschicht	99,46%
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie	MA04	Tagschicht	77,53%

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie	MB06	Tagschicht	80,27%
Allgemeine Chirurgie	MA01DI	Nachtschicht	100,00%
Allgemeine Chirurgie	MA04	Nachtschicht	68,77%
Allgemeine Chirurgie	MA05	Nachtschicht	72,88%
Allgemeine Chirurgie	MA06	Nachtschicht	79,18%
Allgemeine Chirurgie	MB02_MC02	Nachtschicht	80,82%
Allgemeine Chirurgie	MB05	Nachtschicht	95,07%
Allgemeine Chirurgie	MB06	Nachtschicht	82,47%
Allgemeine Chirurgie	MC05	Nachtschicht	83,29%
Allgemeine Chirurgie	MZNAAE	Nachtschicht	80,55%
Innere Medizin	MA02	Tagschicht	100,00%
Innere Medizin	MA03	Tagschicht	67,40%
Innere Medizin	MA03	Nachtschicht	79,18%
Innere Medizin	MB03	Tagschicht	86,85%
Innere Medizin	MB03	Nachtschicht	92,05%
Innere Medizin	MC03	Tagschicht	100,00%
Innere Medizin	MC03	Nachtschicht	95,34%
Geriatric	MA02	Nachtschicht	99,18%
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin	MA04	Tagschicht	77,53%
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin	MC05	Tagschicht	83,01%
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Urologie	MA05	Tagschicht	92,88%

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Urologie	MA06	Tagschicht	89,59%
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Urologie	MB05	Tagschicht	90,68%
Allgemeine Chirurgie, Urologie	MA06	Tagschicht	89,59%
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Urologie	MB02_MC02	Tagschicht	95,34%
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Urologie	MZNAAE	Tagschicht	64,11%
Innere Medizin, Kardiologie	MB04	Tagschicht	88,77%
Innere Medizin, Kardiologie	MB04	Nachtschicht	66,85%
Gynäkologie und Geburtshilfe	MC06	Tagschicht	23,84%
Gynäkologie und Geburtshilfe	MC06	Nachtschicht	29,86%

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

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

und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist. Für das Berichtsjahr 2023 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

---

### **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.

<b>Arzneimittel für neuartige Therapien</b>	
<b>Werden am Krankenhausstandort Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet?</b>	Nein

---

## D Qualitätsmanagement

### D-1 Qualitätspolitik

#### Qualitätsstrategie des Klinikums Region Hannover

##### „Aus Verantwortung gemeinsam für gute Medizin“

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

Besonders prägend und wegweisend für die Entwicklungen im Klinikum Region Hannover ist die Medizinstrategie 2030, die im März 2023 veröffentlicht wurde. Sie wurde unter Beteiligung einer großen Zahl von Mitarbeitenden des KRH entwickelt. Die Medizinstrategie 2030 stellt eine strategische Neuausrichtung des KRH als Reaktion auf die immensen Herausforderungen für Deutschlands Krankenhäuser, die gesetzlichen Rahmenbedingungen auf Landes- und Bundesebene sowie der Krankenhausfinanzierung dar. Die Strategie steht somit auch im Zeichen der geplanten Krankenhausreform der Bundesregierung. Ziel der Medizinstrategie 2030 ist es, Menschen in der Region Hannover auch in Zukunft eine hochmoderne Gesundheitsversorgung aus kommunaler Hand anzubieten. Im Fokus steht dabei der Zugang und Erreichbarkeit von bedarfsgerechten Versorgungsangeboten für alle Einwohner/innen der Region Hannover. Für die Mitarbeitenden im KRH schafft die Medizinstrategie 2030 hoch attraktive Arbeitsplätze, gute Arbeitsbedingungen und ein spannendes Arbeitsumfeld. Mithilfe der Neuausrichtung wird ein breit gefächertes, abgestuftes Versorgungsangebot in Grund- und Regelversorgung, Schwerpunktversorgung und Maximalversorgung gewährleistet. Hinzu kommt eine sinnvolle Ergänzung durch neue Versorgungsformen, die helfen, die Lücke zwischen ambulantem und stationärem Bereich zu schließen. Deshalb erfolgt eine Konzentration von Ressourcen für bestimmte Leistungen an einzelnen Standorten und Bildung von Behandlungsschwerpunkten.

Die Digitalisierung ist auch im Gesundheitswesen ein relevanter und bedeutender Faktor. Das KRH arbeitet kontinuierlich daran, moderne Medizin und vernetzte Kommunikation für die Patientensicherheit umzusetzen.

Im Jahr 2023 startete am Standort KRH Klinikum Neustadt am Rübenberge das Pilotprojekt für das Patientenportal „DeinKRH“. Das Patientenportal ermöglicht den Patientinnen und Patienten einen digitalen Zugang über eine Applikation (App). Diese kann kostenfrei im Apple App Store und über Google Play heruntergeladen werden. Patientinnen und Patienten können über „DeinKRH“ elektronisch in den Behandlungsprozess eingebunden werden. Sie haben im Patientenportal die Möglichkeit, eigenen Dokumente und Informationen einzusehen, hochzuladen, auszufüllen und mit dem Krankenhaus zu kommunizieren. Auch die anderen Standorte

des Klinikum Region Hannover werden nach der Pilotphase schrittweise an das Patientenportal „Dein KRH“ angeschlossen.

Weitere Digitalisierungsprojekte im KRH befassen sich u.a. mit

- dem Patientendatenmanagementsystem (Projekt PDMS),
- einer Optimierung der internen Terminkalender (Projekt Plantafeloptimierung),
- der Datenerfassung und Prozessoptimierung durch Barcode-Scanner (Projekt ScanProCare!)
- der automatischen Spracherkennung, z.B. bei ärztlichen Diktaten (Projekt Spracherkennung) und
- der digitalen Vernetzung von allen Beteiligten im Gesundheitswesen (Projekt Telematikinfrastuktur).

In allen somatischen Klinikstandorten im Verbund ist jeweils eine Gesamtzertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015 umgesetzt. Zusätzlich werden in vielen Zentren des KRH Audits und Fachzertifizierungen durchgeführt. Die psychiatrischen Einrichtungen des KRH werden im Jahr 2024 nach DIN EN ISO zertifiziert sein.

Im Herbst 2023 hat die externe Auditierung mit erfolgreicher Re-Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015 für den Geltungsbereich Führungsprozesse der Geschäftsführung, Kernleistungen der Zentralbereiche, Stabsstellen und Beauftragte mit dem übergeordneten Zweck der Patientenversorgung im Klinikverbund KRH stattgefunden.

Das Klinikum Region Hannover hat ihr Netzwerk aus radiologischen Fachabteilungen mit Ihren Spezialist\*innen strukturell in ein neu gegründetes Institut für Radiologie überführt.

Die gesamte fachliche Expertise aller Standorte kann damit noch besser im Klinikverbund eingesetzt werden. Gerade in Zeiten des Fachkräftemangels profitieren Patient\*innen davon, dass der Klinikverbund Strukturen schafft, die die radiologischen Leistungen standortübergreifend angeboten werden.

Wissen und Kompetenzen werden optimal im Unternehmen verteilt und durch Förderung von Expertentum mit Scherpunktbildung und Spezialisierung wird eine hohe diagnostische und interventionelle Qualität gewährleistet. Die Strukturstärkung des Klinikverbundes durch Gründung des Instituts für Radiologie ermöglicht neben den standortgebundenen radiologischen Leistungen auch einen verstärkten Einsatz von Teleradiologie.

Die Zentralapotheke begann bereits vor einigen Jahren mit gezielten Maßnahmen zur Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit in den KRH Krankenhäusern (z. B. Stationsapotheker/innen, die beim Einsatz von Medikamenten beraten sowie die Verbesserung der elektronischen Arzneimittelverordnung). Auch hier ist die Vernetzung im Verbund sichtbar und geht weiter: Interprofessionelle ABS-Teams, bestehend aus infektiologisch weitergebildeten Ärzt/innen und Apotheker/innen, Medizinischen Mikrobiolog/innen und Krankenhaushygieniker/innen, erarbeiten Strategien zum rationalen Einsatz von Antiinfektiva und setzen diese gemeinsam mit den behandelnden Ärzt/innen um. Unter anderem werden damit auch die Resistenzen gegen Antibiotika verringert.

Im Jahr 2023 wurde die Akademie des Klinikum Region Hannover Akademie erfolgreich nach DIN EN ISO 9001:2015 und bildungsspezifischer Norm (Akkreditierungs- und Zulassungsverordnung Arbeitsförderung - AZAV) zertifiziert.

Bei der Ausbildung in der KRH Akademie wird auf digitalen Lernmöglichkeiten gesetzt, den Auszubildenden werden dafür Tablets bereitgestellt. In der KRH Akademie wurde der Fokus vermehrt auf eine erweiterte und neue Ausbildungsumgebung gelegt und eine Ausbildung mit verstärktem und ausgebautem Praxisbezug entwickelt. Hierzu gehört u. a. das SkillsLab.

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

## **D-2            Qualitätsziele**

Konsequenz 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 Mitarbeiter stehen den einzelnen Qualitätsmanagementbeauftragten der Häuser beratend für konkreten Themen zur Seite. Als zentrales Gremium ist ein Netzwerk Qualitätsmanagement etabliert. Dieses dient als Forum für die Bearbeitung hausübergreifender Themen sowie für den kollegialen Informations- und Erfahrungsaustausch.

Die Abteilung Qualitätsmanagement ist direkt dem Direktorium unterstellt. Zu dem Bereich Qualitätsmanagement gehören zwei für das Qualitätsmanagement qualifizierte Mitarbeiterinnen, eine Beschwerdekoordinatorin und Tumordokumentarinnen, die für die Bereiche des gesamten

Standortes und allen Belangen des Krebszentrums und der Organkrebszentren zuständig sind. Im Krebszentrum gilt der Grundsatz der interdisziplinären Zusammenarbeit.

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

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

## Wissensmanagement/DLS

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

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



## **Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen**

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

## **Mitarbeiterbefragung**

Im Jahr 2020 wurde an allen Krankenhäusern des Klinikverbundes KRH eine Befragung der Pflegekräfte durchgeführt. Es handelte sich um ein Projekt, welches mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss von 2019 – 2021 gefördert wird. Im Zentrum stand dabei der Zusammenhang zwischen guten Arbeitsbedingungen, Arbeitsfähigkeit in der Pflege und die Zufriedenheit von Patienten. Partnerschaften: Arbeit und Zukunft e.V. Hamburg, Universität Ulm und BKK Dachverband der Betriebskrankenkassen. Titel: HALT geben. Hohe Patient\*innen-Zufriedenheit durch alter(n)s- und lebensphasengerechte Arbeitsgestaltung und Berufsverlaufsmodelle in der Pflege.

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

### **Das 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 SIO 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

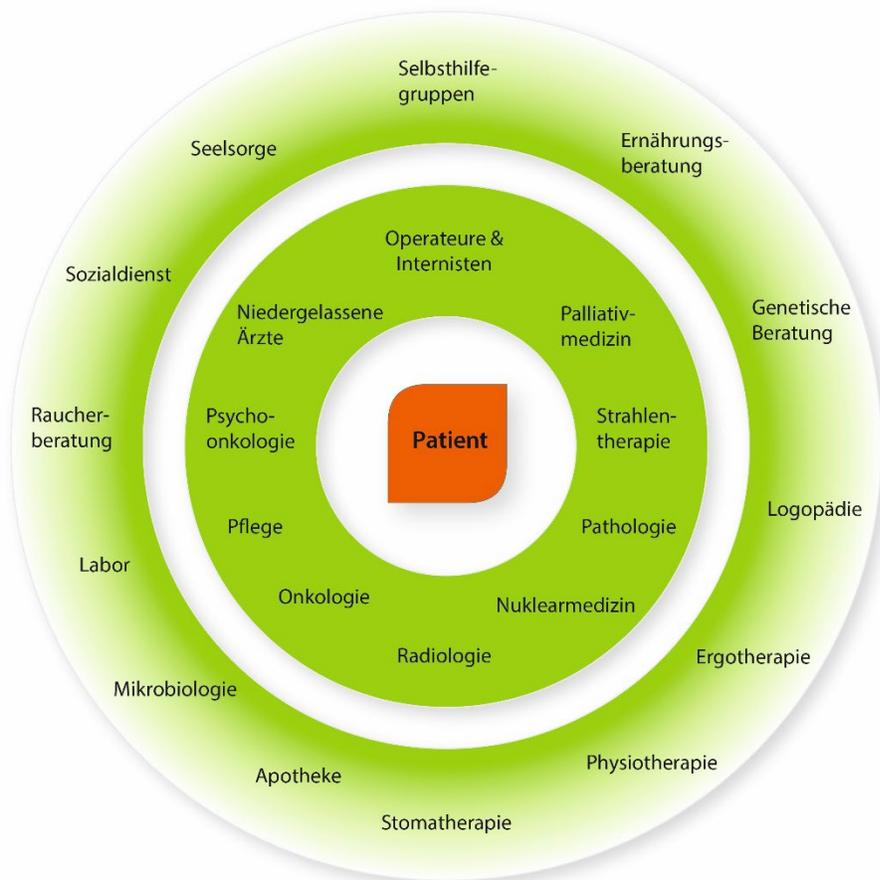
Im Krebszentrum des KRH Klinikum Siloah werden bösartige Erkrankungen interdisziplinär und interprofessionell nach den aktuellen Leitlinien behandelt. Dies kann neben einer Systemtherapie (Chemotherapie, Immuntherapie, zielgerichtete Therapie, Hormon- Therapie) auch eine Strahlentherapie, eine Operation, 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 DKG Zertifizierungen Klinikum Region Hannover KRH Standort Siloah

Nr.	Bezeichnung	Erstzertifizierung
1	Krebszentrum	2012
2	Lungenkrebszentrum	2010
3	Uroonkologisches Zentrum (Prostata, Niere, Blase)	2020
3a	Prostatatakrebszentrum	2011
3b	Nierenkrebszentrum	2020
3c	Blasenkrebszentrum	2021
4	Viszeralonkologisches Zentrum (mit Darm, Pankreas)	2016
4a	Darmkrebszentrum	2011
4b	Pankreaskarzinomzentrum	2016
5	Brustkrebszentrum	2005
6	Zentrum für Lymphome, Leukämien und Multiples Myelom	2021

### Das Krebszentrum

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

**Erstzertifizierung:** 2012

**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 Prostatatakarzinomzentrum und dem Hodenzentrum, nach den Richtlinien der Deutschen Krebsgesellschaft. Im September 2024 wurden das **Kopf-Hals-Tumorzentrum** als auch das **Neuroonkologischen Zentrum** nach den Kriterien der DKG erfolgreich re-zertifiziert.

**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 wir 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. Dr. Fieguth, Herr Prof. Dr. Thomas Fühner

**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 Standardangebot 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. Das Lungenkrebszentrum ist seit 2021 ausserdem Partner im Netzwerk genomische Medizin (nNGM). Hierüber kann sämtlichen Patienten mit einer fortgeschrittenen Erkrankung eine NGS (next-generation-sequencing) angeboten werden.

## **Warum wird NGS bei Lungenkrebs durchgeführt?**

- Identifikation von **driver-Mutationen** (z. B. EGFR, ALK, ROS1, BRAF, KRAS, MET, HER2)
- Bestimmung von **Resistenzmechanismen** (z. B. EGFR-T790M oder MET-Amplifikation nach TKI-Therapie)
- Ermittlung von **Biomarkern für Immuntherapien** (z. B. Tumormutationslast – TMB)
- Unterstützung personalisierter Therapien (z. B. EGFR-TKIs, ALK- und ROS1-Inhibitoren, Immuntherapien)

### Zentrumsleiter:

<b>Uroonkologisches Zentrum:</b>	Herr Prof. Dr. A. Pelzer, MBA
<b>Erstzertifizierung:</b>	2020
<b>Prostatakrebszentrum</b>	Herr Dr. Baltés
<b>Erstzertifizierung:</b>	2011
<b>Nierenkrebszentrum</b>	Frau Dr. Lina El-Malazi
<b>Erstzertifizierung:</b>	2020
<b>Blasenkrebszentrum:</b>	Herr Dr. Stoll
<b>Erstzertifizierung:</b>	2021
<b>Hodenkrebszentrum:</b>	Frau Dr. Lina El-Malazi
<b>Erstzertifizierung:</b>	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 (Prostata- Nieren-, Hoden und Blasenkarzinomzentrum und Onkologisches Zentrum) 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 Hodenzentrum 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. Seit 2023 ergibt sich durch die Standortübergreifende Urologie der Standorte RKK Gehrden und SILOAH weitere Therapie- und Expertiseoptionen in der Urologie.

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

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

**Erstzertifizierung Viszeralonkologisches Zentrum:** 2016

**Erstzertifizierung Darmkrebszentrum:** 2010

**Erstzertifizierung Pankreaskarzinomzentrum:** 2016

**Ausgangslage:** Seit 1999 liegt eine ständig überarbeitete und aktualisierte S3-Leitlinie für das kolorektale Karzinom (KRK) vor. Hintergrund stellt u.a. die zunehmende Häufigkeit der Erkrankungen dar. Das kolorektale Karzinom ist bei Männern und Frauen die 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

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

**Erstzertifizierung:** 2005

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

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

**Ergebnis:** In Kooperation wurde in 2005 die Standortübergreifende Zertifizierung des Kooperativen Brustzentrums Stand heute mit den KH Siloah und Gehrden. Mehr als 1.400 Frauen vertrauen sich jährlich stationär dem Kooperativen Brustzentrum an, über 4.000 Frauen lassen sich ambulant behandeln. Das Kooperative Brustzentrum arbeitet interdisziplinär sowohl ambulant als auch stationär eng mit 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.

## Fachgesellschaftszertifizierungen

Nr.	Bezeichnung	Erstzertifizierung
1	Interdisziplinäres Zentrum für Gefäßmedizin	2012
2	Diabetologisches Fußzentrum	2013
3	Weaningzentrum	2011
4	Kompetenzzentrum für Hernienchirurgie	2015
5	Kompetenzzentrum für chirurgische Erkrankungen der Leber	2019
6	Nephrologische Schwerpunktlinik	2019
7	Zentrum für Hypertonie	2019
8	Interdisziplinäres Zentrum für Dialysezugänge (Shuntzentrum)	2019
9	Endometriosezentrum	2021

## Interdisziplinäres Zentrum für Gefäßmedizin

**Leitung:** Herr Dr. Lorenzen

**Erstzertifizierung:** 2012

**Ausgangslage:** Mit einer Gefäßzentrumszertifizierung sollen die Verbindungen zwischen der ambulanten und stationären Versorgung gestärkt werden. Ziel ist es die 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 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: 31.03.2024-01.04.2027.

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

## **Diabetologisches Fußzentrum**

**Leitung:** Herr Dr. M. Boeck

**Erstzertifizierung:** 2013

**Ausgangslage:** In der Region Hannover gab es bis 2013 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, die Förderung von Wundheilung und Lebensqualitäten sowie die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen wohnortnahen Behandlung von chronisch kranken und multimorbiden Diabetespatienten und Patienten mit chronischen Wunden. Hierbei erfolgen regelmäßige Vorstellungen in den Behandlungsräumen des diabetologischen Fußzentrums sowie die Behandlung durch pflegerische und ärztliche Wundexperten\*innen. Es bestehen enge Kooperationen zu anderen Fachabteilungen im zukünftigen Maximalversorger KRH Siloah. 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 Vakuumunterdrucktherapie oder Biodebridement mit Larven der Goldfliege zu Einsatz. Hierunter hat sich das Fuß- und Wundzentrum zu einem zunehmend auch überregional agierenden verlässlichen Partner entwickelt.

Das Behandlungsteam unter Leitung des Internisten, Gastroenterologen und Diabetologen Dr. M. Boeck besteht aus Gefäßmedizinern, Radiologen und Gefäß-Chirurgen. So können alle Aspekte der diabetischen Stoffwechseltherapie berücksichtigt werden. Über eine Kooperation mit Orthopädie- Schuhmachern und Orthopädie-Technikern ist ebenfalls die Bereitstellung von notwendigen Hilfsmitteln z. B. Therapieschuhen sichergestellt. Das Fußzentrum ist über die regionalen Grenzen hinaus gut etabliert.

## **Weaningzentrum**

**Zentrumsleiter:** Herr Prof. Dr. Fühner, Frau Meyhöfer

**Erstzertifizierung:** 2011

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

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

## **Weaningeinheit**

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 Beatmungmedizin (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. 190 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 ca. 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 regelmäßig ca. 80 Patienten pro Jahr 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.

### **Kompetenzzentrum für Hernien Chirurgie**

**Zentrumsleiter:** Herr Dr. Hügel

**Erstzertifizierung:** 2015

**Ausgangslage:** Jährlich werden in der Bundesrepublik etwa 350.000 Hernien operiert. Die optimale Versorgung der Brüche stellt nicht selten eine Schwierigkeit dar. Das Kompetenzzentrum für Hernien Chirurgie wurde im Sommer 2024 erneut erfolgreich re-zertifiziert. Im Großraum Hannover stellen wir als eines der Hauptversorger die Behandlung der therapiebedürftigen Patienten sicher. Qualitativ auf höchstem Level 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. Durch die Studienüberwachung erfolgt ein zeitlich vorgegebenes Follow-up, um eine Form der Patientennachsorge zu erhalten.

**Ergebnis:** Aufrechterhaltung der Zertifizierung und Weiterentwicklung des Zentrums. Sicherstellung der operativen Hernien Versorgung unter den höchsten Ansprüchen der Fachgesellschaften von speziell fortgebildeten Hernien Chirurgen.

## **Kompetenzzentrum für chirurgische Erkrankungen der Leber**

**Zentrumsleiter:** Herr Prof. Dr. Fangmann

**Erstzertifizierung:** 2019

**Ausgangssituation:** Jedes Jahr erkranken in Deutschland rund 6.000 Menschen an Leberkrebs, mehr als 25.000 Menschen erkranken außerdem an Lebermetastasen, insbesondere nach Dickdarm- und Enddarmkrebs. Diese Metastasen entstehen oft erst Jahre nach der erfolgten Operation. Viele dieser Erkrankungen sind heilbar, wenn sie früh erkannt und operiert werden. Diese Erkenntnis bildet den Grundstein für unsere Arbeit. Unser Ziel ist es, Lebertumoren und Lebermetastasen bestmöglich zu versorgen. Dazu gehört zunächst die Aufklärung und Vorsorge, ebenso die Früherkennung sowie die darauffolgende Diagnostik. Die anschließende Therapie erfolgt medikamentös oder operativ, je nachdem wie es die Erkrankung erfordert. Wir arbeiten eng mit anderen Fachabteilungen 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.

## **Nephrologische Schwerpunktlinik – Zentrum für Hypertonie**

**Leitung:** Herr Prof. Dr. Menne seit 04/2020

**Erstzertifizierung:** 2019

**Ausgangslage:** Ziel war es Anfang 2023 eine Re-Zertifizierung der „Nephrologische Schwerpunktlinik“ und des „Zentrums für Hypertonie“ herbei zu führen. Die nephrologische Klinik ist mit einer Bettenzahl von 60 Betten im Vergleich zu anderen Kliniken eine große Klinik. Dies liegt u.a. daran, dass sie zusätzlich die Bereiche Hypertensiologie, Rheumatologie und Angiologie abbildet. Aus dieser fachlichen Konstellation ergibt sich als großer Vorteil, dass eine sehr breite klinische und technische Expertise vorgehalten wird. Mit großem Engagement, Empathie und Verantwortungsbewusstsein bieten wir das gesamte Spektrum der Diagnostik und Therapie in den verschiedenen Bereichen unserer Krankenversorgung an.

**Maßnahme:** Im Herbst 2023 kam es zum Beschluss der Neu-Zertifizierung beider Zentren. In diesem Kontext wurde mit der Vorbereitungen zur Erfüllung der Anforderungen der Fachgesellschaft DHL Deutsche Hochdruckliga und der DGN Deutsche Gesellschaft für Nephrologie, begonnen.

**Ergebnis:** Im Oktober wurde zum wiederholten Mal eine erfolgreiche Re-Zertifizierung bis zu 29.10.2027 bestätigt.

## **Interdisziplinäres Zentrum für Dialysezugänge (Shuntzentrum)**

**Zentrumsleiter:** Frau Dr. Tidow

**Erstzertifizierung:** 2019

**Ausgangslage:** In der Region Hannover gab es kein stationäres, zertifiziertes Zentrum für Dialysezugänge. Ziel ist es, für nephrologische Schwerpunktpraxen adäquate Versorgungsstrukturen aufzubauen. Diese sind mit der stationären Dialyseeinheit am Standort des Krankenhauses Siloah und den am Dialysezugang beteiligten Abteilungen der Nephrologie, Radiologie und Gefäßchirurgie gegeben. 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.

**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 haben beteiligte Fachgesellschaften (Angiologie, DGA, Gefäßchirurgie, DGG, Nephrologie, DGfN und Radiologie, DRG/DeGIR) beschlossen, interdisziplinäre Zentren für Dialysezugänge zu unterstützen und zu zertifizieren. Hierbei wurde auch die Implementierung der pflegerischen Leitlinien und der interdisziplinären Empfehlungen zum Umgang mit Gefäßzugängen unterstützt.

Durch die Etablierung festgelegter, strukturierter Behandlungswege kann 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. In 2024 wurde die erfolgreiche Re- Zertifizierung bis 01.03.2027 erreicht.

### **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.

## **Endometriosezentrum**

**Zentrumsleiter:** Herr Dr. Nelmin Rios

**Erstzertifizierung:** 2021

**Ausgangslage:** Die Endometriose ist eine gutartige chronische Erkrankung, bei der das Gewebe, das der Gebärmutterinnenwand 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 2024 wurde das Endometriose Zentrum, nach den Richtlinien der Fachgesellschaft, erfolgreich re-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 wird in der Klinik für Kardiologie und Rhythmologie und Intensivmedizin genutzt, um bei kritischer Einschränkung der Herzleistung, unterstützend ein zusätzliches Herz-Zeitvolumen zu generieren. Damit gewinnt die Klinik die Möglichkeit, auch sehr schwer erkrankte Patienten am Leben zu erhalten.

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

**Ergebnisse:** Sicherstellung einer umfassenden regionalen Versorgung von kritisch herzkranken Patienten mit starker Einschränkung der kardialen Auswurfleistung. Damit verbessert sich die Prognose der betroffenen Patienten entscheidend. In 2023 ist weiterhin eine gute Etablierung des Systems mit stetiger Fallzahlsteigerung gelungen.

## 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**ycardial **I**nfarction), das umfassendere und möglicherweise bessere Parameter zur Qualitätserfassung dokumentiert. Das Konzept dieses Projekts liegt vor allem in der nachhaltigen Verbesserung der Kommunikation aller Beteiligten an der Infarktversorgung vom Rettungsdienst über die Notaufnahmehelfer bis zu den Mitarbeitern der interventionellen Kardiologien aus allen Berufsbereichen (siehe auch [www.fitt-stemi.de](http://www.fitt-stemi.de))

**Maßnahmen:** In 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 1555 Patienten (Stand 31.12.2023) in die Untersuchung eingeschlossen.

## Interdisziplinäres DaVinci Zentrum Hannover Mitte

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

**Ausgangslage:** Mit über 400 robotisch unterstützten laparoskopischen Operationen interdisziplinär pro Jahr im Zentrum SILOAH und in Zusammenschau mit der standortübergreifenden Urologie mehr als 700 urologischen robotischen Verfahren im Jahr steht eine enorm große Erfahrung und Expertise standortübergreifend zur Verfügung. Um die Interdisziplinarität darzustellen und zu optimieren wurde ein interdisziplinäres DaVinci Zentrum gegründet.

**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 mehr als 6 Ärzte als DaVinci-Operateure ausgebildet. Nahezu alle Prostataktomien, Nierenkrebsoperationen und Zytotomien werden mittlerweile mit dem Da Vinci-System durchgeführt. Zusätzlich werden schwierige plastische und rekonstruktive Eingriffe an allen urologischen Organen auch interdisziplinär robotisch durchgeführt. Wir können mit unserer Erfahrung sehr sicher die

nierenerhaltenden Operationen bei Nierenkrebs, potenz- und kontinenz-erhaltende Operationen bei Prostatakrebs sowie große Operationen bei Blasenkrebs operieren. Dabei gehen wir am Da Vinci Zentrum Hannover Mitte zunehmend neue, hochmoderne Wege der Operation – insbesondere bei Niere und Prostata, um noch schonender und funktionserhaltender zu operieren. Dazu gehören insbesondere die Hood-Technik bei DaVinci Prostatektomien zum bestmöglichen Erhalt der Körperfunktionen, die nierenerhaltenden Operationen auch bei großen Nierentumoren, die sogenannten Salvage- Operationen, die intrakorporale Neoblasenanlage beim Blasenkrebs. Insgesamt wird ein komplettes Angebot der DaVinci-Operationen angeboten. Neuerdings gehören auch Operationen der schwierigsten Bereiche zum operativen robotischen Spektrum. Hierzu zählen zum Beispiel Harnleitersersatztherapien aus Mundschleimhaut und schwierige Fisteloperationen.

## **D-6            Bewertung des Qualitätsmanagements**

In der Klinikum Region Hannover GmbH existiert ein effektives und ergebnisorientiertes Qualitätsmanagement. In diesem Kontext ist ein wichtiger Bestandteil zur Evaluation der Qualitätsziele und deren Erreichungsgrad, sich mit anderen Einrichtungen und Institutionen im Gesundheitswesen zu vergleichen bzw. sich von externen Auditoren bewerten zu lassen.

Infolge eines Geschäftsführungsbeschlusses wurde sich 2018 für die Einführung des Qualitätsmanagementsystems der DIN EN ISO 9001:2025 für alle Standorte des Klinikums Region Hannover und alle zentralen Bereiche entschieden. Im Rahmen dessen finden jährliche interne und externen Audits statt. In den einzelnen Kliniken wurden Bereiche nach den Fachgesellschaften zertifiziert. Auf der Grundlage der Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft wurde in dem Jahr 2012, ein Krebszentrum mit verschiedenen Organkrebszentren gegründet und seitdem stetig weiterentwickelt und die Zertifizierungen kontinuierlich bestätigt.

### **Kontinuierliche Überwachung und Messung der Dienstleistung**

#### **Interne Audits**

Mit den jährlich stattfindenden internen Audits, werden die Umsetzung der geltenden Verfahren und Standards, die Funktion und die Einhaltung der Normen des Qualitätsmanagements der DIN EN ISO 9001: 2015 in den zertifizierten Bereichen überprüft. Gleichzeitig werden Umsetzungen und Wirksamkeit der formulierten Qualitätsziele geprüft. Interne Audits dienen außerdem dazu, vorhandene Potentiale zu erkennen und Verbesserungen zu veranlassen.

Die internen Audits werden von qualifizierten Auditoren durchgeführt. Eine jährliche Auditplanung und ein dreijähriges Auditprogramm, wird durch die Qualitätsmanagementbeauftragte erstellt und nachgehalten.

## **Externe Audits**

Im Klinikum KRH Siloah gibt es drei Zertifizierungsebenen, nach DIN EN ISO 9001, nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft und nach Anforderungen der Fachgesellschaft. Das KRH Klinikum Siloah wird einmal jährlich im Rahmen des externen Audits zur Zertifizierung gemäß DIN EN ISO 9001:2015 von einer unabhängigen und akkreditierten Zertifizierungsstelle auditiert. Zusätzlich werden unter dem Dach des Krebszentrums die Organzentren jährlich durch die Auditoren der Deutschen Krebsgesellschaft und die Kliniken mit Fachgesellschaftszertifizierungen von Auditoren der Fachgesellschaft innerhalb von drei Jahren geprüft.

## **Lieferantenbewertung**

Es werden die internen Hauptlieferanten des KRH Klinikum Siloah einmal jährlich bewertet. Die zu erbringenden Dienstleistungen in ihrer Qualität haben direkten Einfluss auf die Versorgung/Zufriedenheit unserer Kunden. Die Kooperation und vereinbarte Dienstleistung ist vertraglich mit den internen Lieferanten geregelt. Die Ergebnisse werden in den unterschiedlichen Foren vorgestellt und ggf. Maßnahmen der Verbesserung eingeleitet.

## **Benchmark**

Das KRH Klinikum Siloah führt regelmäßige Leistungsvergleiche zur Qualitäts-/Leistungsmessung in definierten Krankenhausbereichen durch. So vergleicht sich das KRH Klinikum KH Siloah z. B. hinsichtlich seiner Leistungsdaten mit den weiteren der Klinikum Region Hannover GmbH angehörenden Kliniken. Die Benchmark Daten werden einschließlich einer Ursachenanalyse durch das zentrale Controlling dem Direktorium zur Verfügung gestellt. Das Direktorium wertet die einzelnen Daten aus und initiiert ggf. Verbesserungsmaßnahmen.