



Kreiskrankenhaus Hameln



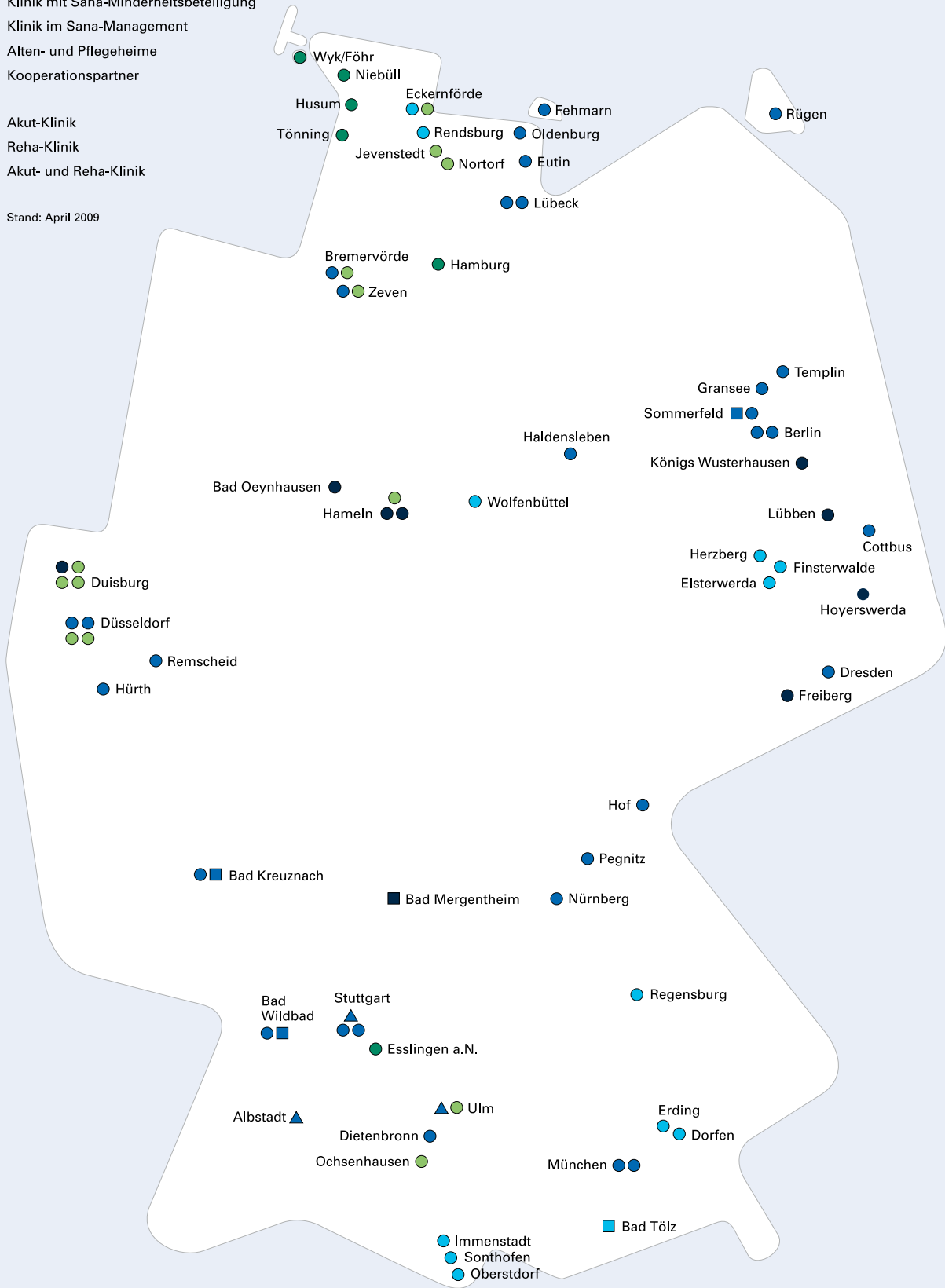
sana  
Partner der Sana Kliniken AG

Qualitätsbericht 2008

# Sana Einrichtungen in Deutschland

- ■ ▲ Klinik in Sana-Trägerschaft
- ■ ▲ Klinik mit Sana-Minderheitsbeteiligung
- ■ ▲ Klinik im Sana-Management
- ■ ▲ Alten- und Pflegeheime
- ■ ▲ Kooperationspartner
- Akut-Klinik
- Reha-Klinik
- △ Akut- und Reha-Klinik

Stand: April 2009



# Qualitätsbericht 2008

Kreis Krankenhaus Hameln

## INHALTSVERZEICHNIS



<b>4</b>	<b>INHALTSVERZEICHNIS</b>
<b>6</b>	<b>GRUSSWORT DES VORSTANDS DER SANA KLINIKEN AG</b> Engagiert für vorbildliche Kliniken
<b>8</b>	<b>GRUSSWORT DES LANDRATS RÜDIGER BUTTE</b> Medizinische Versorgung braucht Qualität
<b>10</b>	<b>EDITORIAL DER KLINIK</b> Qualität im Dialog mit Patienten und niedergelassenen Ärzten
<b>13</b>	<b>DAS KREISKRANKENHAUS HAMELN</b> Ihre Gesundheit ist unser Auftrag
<b>14</b>	<b>PERSPEKTIVE</b> Zukunftsfähig durch strategische Partnerschaft
<b>16</b>	<b>QUALITÄTSMANAGEMENT</b> Qualität mit Auszeichnung: Das Krankenhaus ist in vielen Bereichen zertifiziert
<b>18</b>	<b>KUNDENZUFRIEDENHEIT: EINWEISER</b> Gute Noten von niedergelassenen Ärzten
<b>20</b>	<b>KUNDENZUFRIEDENHEIT: PATIENTEN</b> So beurteilen Patienten unsere Klinik
<b>24</b>	<b>RISIKOMANAGEMENT</b> Patientensicherheit vorausschauend planen

## Strukturierter Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V

<b>27</b>	<b>TEIL A</b> Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	<b>114</b>	<b>B-10</b> Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin
<b>36</b>	<b>TEIL B</b> Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/ Fachabteilungen	<b>121</b>	<b>B-11</b> Belegabteilung Augenheilkunde
<b>37</b>	<b>B-1</b> Klinik für Hämatologie und internistische Onkologie	<b>127</b>	<b>B-12</b> Belegabteilung Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
<b>44</b>	<b>B-2</b> Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<b>133</b>	<b>B-13</b> Belegabteilung Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie
<b>54</b>	<b>B-3</b> Klinik für Allgemein- und Visceral- chirurgie mit Gefäßchirurgie	<b>138</b>	<b>B-14</b> Radiologie
<b>64</b>	<b>B-4</b> Klinik für Hepato - Gastroenterologie	<b>142</b>	<b>B-15</b> Zentrallabor
<b>73</b>	<b>B-5</b> Klinik für Kardiologie und internistische Intensivmedizin	<b>147</b>	<b>TEIL C</b> Qualitätssicherung
<b>81</b>	<b>B-6</b> Klinik für Pädiatrie	<b>157</b>	<b>TEIL D</b> Qualitätsmanagement
<b>89</b>	<b>B-7</b> Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie		
<b>96</b>	<b>B-8</b> Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie		
<b>106</b>	<b>B-9</b> Klinik für Urologie		

GRUSSWORT DES VORSTANDS DER SANA KLINIKEN AG

## Engagiert für vorbildliche Kliniken



Dr. Michael Philippi

Die moderne Medizin hat in den letzten Jahren enorme Fortschritte gemacht. Bei vielen Erkrankungen können heute mit schonenden Verfahren hervorragende Heilungserfolge erzielt werden. Oft können Patienten deutlich früher wieder aus der Klinik nach Hause. Und es gelingt immer besser, durch medizinische Behandlungen die Lebensqualität zu erhalten – auch bei Menschen in immer höherem Alter.

Insgesamt besitzt die Gesundheitsversorgung in Deutschland also ein sehr hohes Qualitätsniveau. Dennoch lohnt es sich, die Frage nach der Qualität immer wieder zu stellen. Denn nur durch eine konsequente Qualitätspolitik, die sich um kontinuierliche Verbesserungen bemüht, können wir diesen Status erhalten. Die Sana Kliniken sind dabei eine der treibenden Kräfte. Durch die Orientierung an ehrgeizigen Qualitätszielen setzen wir Maßstäbe, die als Ansporn im Wettbewerb der Kliniken auch Wirkung auf andere zeigen.

So haben sich unsere Kliniken im Jahr 2008 erfolgreich der KTQ-Zertifizierung unterzogen. Damit ist die Qualität unserer Leistungen durch neutrale Prüfer unter die Lupe genommen und bestätigt worden. Wie zufrieden unsere Hauptansprechpartner, also Patienten und einweisende Ärzte, mit unserer Arbeit sind, ermitteln wir außerdem regelmäßig durch schriftliche Befragungen. Auch deren Ergebnisse bestätigen uns in unserem Qualitäts-Kurs. Und als ein Unternehmen, das die Privaten Krankenversicherungen als Eigner hat, engagieren wir uns in besonderer Weise für eine vorbildhafte Servicekultur und einen hohen Komfortstandard in unseren Kliniken. All dies zusammen macht die besondere Qualität aus, für die Sana heute steht.

Mit dem Qualitätsbericht 2008, der Ihnen hier vorliegt, möchten wir sowohl für Experten als auch für Laien transparent machen, wie Qualität in unseren Kliniken realisiert wird. Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre.



Dr. Michael Philippi  
Vorstandsvorsitzender

GRUSSWORT DES LANDRATS RÜDIGER BUTTE

## Medizinische Versorgung braucht Qualität



Rüdiger Butte  
Landrat

Liebe Leserinnen und Leser,

medizinische Versorgung braucht Qualität – transparent und überprüfbar. Nicht umsonst sieht auch der Gesetzgeber vor, dass deutsche Kliniken und Krankenhäuser ihre Qualitätsdaten offen legen. Nur so sind Patientinnen/Patienten und Interessierte in der Lage, die Leistungen der Krankenhäuser objektiv zu vergleichen.

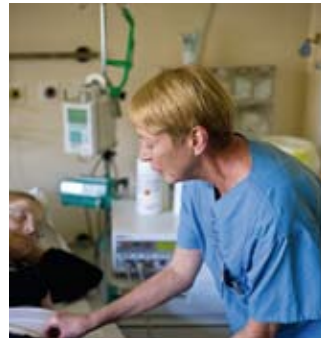
Mit diesem Bericht informiert das Kreiskrankenhaus Hameln bereits zum dritten Mal über seine Qualitätsdaten. Verständlich und übersichtlich strukturiert enthält der Bericht viele nützliche Informationen über dieses Haus, das seit Januar 2008 eine strategische Partnerschaft mit der Sana Kliniken AG eingegangen ist. Ich bin sehr froh, dass wir für eine sichere und moderne Gesundheitsversorgung in unserem Landkreis die Sana Kliniken AG als einen verlässlichen Partner gewonnen haben. Dieser umfangreiche und informative Qualitätsbericht ist ein deutliches und positives Signal dafür, dass die Sana Kliniken AG gemeinsam mit dem Kreiskrankenhaus Hameln den Menschen in der Region eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung bietet.



Rüdiger Butte  
Landrat

EDITORIAL DER KLINIK

## Qualität im Dialog mit Patienten und niedergelassenen Ärzten



Liebe Leserin, lieber Leser,

bereits zum dritten Mal stellt unsere Klinik den vom Gesetzgeber vorgesehenen umfassenden Qualitätsbericht vor. So finden Sie auf den folgenden Seiten zahlreiche Informationen, die Ihnen helfen sollen, das richtige Krankenhaus für Ihre individuellen Bedürfnisse auszuwählen. In der Vergangenheit ist viel über die Sinnhaftigkeit dieser stark formalisierten und auf Fachinformationen fokussierten Berichte diskutiert worden. Daher gehen wir mit unserem Informationsangebot deutlich über den geforderten Rahmen hinaus, um auch dem Laien ein verständliches Bild von der Arbeit unserer Klinik zu zeichnen. Durch ein übersichtliches Kurzprofil und redaktionelle Beiträge, die wir dem Zahlenteil voranstellen, können Sie sich leicht über die wichtigsten Kennzahlen und besondere qualitätsrelevante Maßnahmen unserer Klinik informieren.

Von unabhängiger Stelle wurde unserem Krankenhaus ein hohes Qualitätsniveau bescheinigt. Im Jahr 2008 haben wir in verschiedenen Bereichen und Kliniken unser Qualitätsmanagement erfolgreich einer Prüfung unterzogen. Wir sind stolz auf die Zertifikate nach DIN/EN/ISO 9000-2001 und darüber hinaus die Zertifikate von Fachgesellschaften. So hat sich beispielsweise unser Brustzentrum, bestehend aus mehreren Kliniken und Kooperationspartnern, bereits zum wiederholten Male den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Senologie gestellt. Auch unser Labor wurde bereits mehrfach zertifiziert. Für diese Zertifizierungen haben sich alle Mitarbeiter in unserem Haus mit großem Engagement eingesetzt.

Große Anstrengungen wurden in den letzten Jahren vor allem unternommen, um die Qualität der Patientenversorgung weiter zu verbessern. Unseren Patienten kommt dies zugute zum Beispiel durch die Einführung modernster, auf wissenschaftlicher Grundlage basierender und erprobter Behandlungsverfahren, der so genannten „evidenzbasierten Medizin“. Ein weiteres Beispiel ist die Etablierung eines besonders wirksamen Konzeptes zu schonenden Operationen durch den Einsatz von Endoskopen in praktisch allen operativ tätigen Kliniken unseres Hauses. Auch bei der baulichen Gestaltung des Neubaus „An der Weser“ stand der Aspekt einer guten Patientenversorgung sowohl bei der Planung als auch bei der Umsetzung immer im Vordergrund.

Qualität ist letztlich, was den Patienten nützt. Daher freuen wir uns über Rückmeldungen, die wir von Patienten und einweisenden Ärzten erhalten – sei es als Unterstützung für neue Leistungsangebote, aber auch als Kritik, wenn unsere Bemühungen um Qualität aus externer Sicht Defizite aufweist. In diesem Sinne möchten wir diesen Bericht auch als Einladung verstehen zum Dialog, um gemeinsam mit Patienten, Angehörigen und niedergelassenen Ärzten das Qualitätsprofil unserer Klinik weiter zu verbessern.



DAS KREISKRANKENHAUS HAMELN

## Ihre Gesundheit ist unser Auftrag

**Das Kreiskrankenhaus Hameln mit den Standorten „An der Weser“ und „Wilhelmstraße“ bietet mit seinem Leistungsspektrum ein aktuelles Angebot zur medizinischen und pflegerischen Versorgung. Aktuelle Behandlungsmethoden, moderne Technik und qualifiziertes Fachpersonal tragen dazu bei, dass den Patienten bei einer Behandlung professionelle Hilfe bereitsteht. Derzeit entsteht am Standort „An der Weser“ ein Neubau zur Zentralisierung der bisher durch die Innenstadt getrennten Standorte.**

In 12 bettenführenden Fachabteilungen werden für die Menschen der Region aktuell 443 Betten vorgehalten. 2008 wurden ca. 21.211 Patienten stationär behandelt. Ca. 85 Prozent davon wohnten im Kreisgebiet. Die durchschnittliche Verweildauer eines Patienten konnte in den letzten sieben Jahren von 7,3 Tagen auf 5,9 Tage bei verbesserter Qualität in Diagnostik und Therapie reduziert werden. Für den Patienten bedeutet es, dass er schneller wieder in seine gewohnte Umgebung zurückkehren kann. Bei uns werden jährlich darüber hinaus weit mehr als 25.000 Patienten ambulant behandelt. Betreut werden die Patienten von ca. 1.135 Mitarbeitern. Der Gesamtumsatz beträgt ca. 65 Mio. Euro. Das Kreiskrankenhaus Hameln ist mit seiner zentralen Bedeutung für die medizinische Versorgung der Region ein wichtiger Baustein der regionalen Infrastruktur. Seit 01.01.2006 ist das Kreiskrankenhaus Teil der Gesundheitseinrichtungen Hameln-Pyrmont gGmbH. 2008 wurde eine strategische Partnerschaft mit einem leistungsstarken Partner angestrebt und zum Jahreswechsel mit dem überregional aufgestellten Partner Sana Kliniken AG erfolgreich umgesetzt. Die Um-

setzung aktueller medizinischer, pflegerischer und ökonomischer Erkenntnisse hängt insbesondere von der Qualifikation des Personals ab. Das Zentrum für Aus-, Fort- und Weiterbildung stellt mit etwa 150 Ausbildungsplätzen sowie einem internen und externen Fort- und Weiterbildungsangebot die inhaltliche Anpassung an veränderte Erkenntnisse sicher. Unser Haus ist akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover. Neben der Qualifikation des Personals und der stetigen Verbesserung der technischen Ausstattung sind Maßnahmen, die die Qualität der Leistungserbringung im Krankenhaus sichern, zum Erhalt der Attraktivität des Krankenhauses unabdingbar. Wir haben stabile Qualitätssicherungssysteme erarbeitet und weiterentwickelt, die auf die Sicherstellung und Verbesserung von Behandlung und Versorgungsabläufen ausgerichtet sind.

PERSPEKTIVE

## Zukunftsfähig durch strategische Partnerschaft

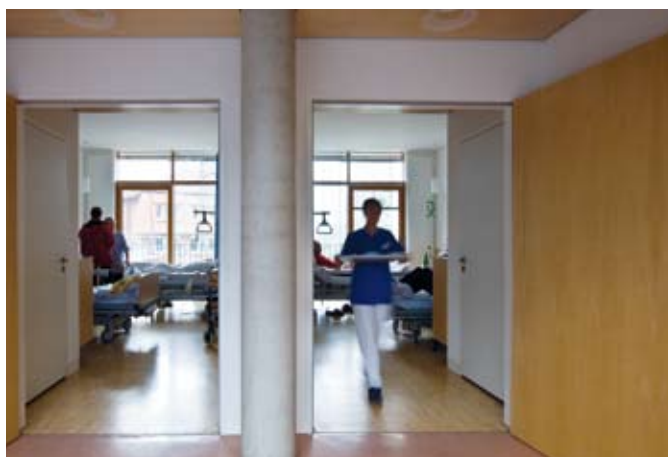
**Angesichts der Kosten- und Erlösentwicklungen im Gesundheitswesen werden die Spielräume für eine zukunftsorientierte Planung der Krankenhäuser immer geringer. Viele Kliniken sind bereits an der Grenze ihrer Möglichkeiten angekommen. Strategische Partnerschaften können diese Möglichkeiten erweitern und die Zukunft sichern.**

Um im Landkreis Hameln-Pyrmont und der weiteren Umgebung auch zukünftig umfassende und hochwertige Gesundheitsdienstleistungen in der stationären Versorgung vorhalten zu können, wurde 2008 zwischen dem Landkreis Hameln-Pyrmont und den Sana Kliniken AG eine strategische Partnerschaft vereinbart. Die Sana hat 49% der Gesellschaftsanteile übernommen und steuert auf Basis des weitreichenden Know-hows eines der größten privaten Anbieter im Klinikbereich das operative Geschäft. Aber nicht nur das Know-how sondern auch die vielen Synergien die in einer Partnerschaft mit einem Klinikkonzern zu finden sind, machen diese Zusammenarbeit erfolgreich. Austausch medizinischer Erkenntnisse und Erfahrungen bei neuen Verfahren, Übertragung erfolgreicher Ablauforganisationen im täglichen Krankenhausalltag auf Häuser mit ähnlichen Fragestellungen, gemeinsamer Einkauf, Vergleich der Kennzahlen in der Betriebsführung, gemeinsame Patienten- und Einweiserbefragungen oder



abgestimmte Qualitätsmanagement- und Marketingmethoden, es gibt viele Beispiele für ein Miteinander von dem beide Seiten profitieren. Und diesen Erfolg können wir an unsere Patienten weitergeben. Ein Krankenhaus mit Zugang zu einem breiten medizinischen Wissen sichert dem Patienten eine zeitgemäße und moderne Versorgung. Ein wirtschaftlich gesundes Krankenhaus kann in moderne Geräte und Ausstattungen investieren. Und eine Kommune mit einem erfolgreichen Krankenhaus sichert seine Gesundheitsvorsorge für die Bürger und schafft Anreize bei der Wohnortwahl.

Vor diesem Hintergrund sind wir sicher, dass sich die strategische Partnerschaft mit der Sana Kliniken AG als eine wegweisende erfolgreiche politische Entscheidung bestätigen wird.



## QUALITÄTSMANAGEMENT

# Qualität mit Auszeichnung: Das Krankenhaus ist in vielen Bereichen zertifiziert

**Als leistungsstarkes Krankenhaus und seit kurzem auch als Partner der Sana-Kliniken fühlen wir uns verpflichtet, höchste Anforderungen im Qualitätsmanagement (QM) zu erfüllen. Daher haben wir ein QM-System nach der DIN/EN/ISO 9000-2001 eingeführt und stellen uns schrittweise den externen Prüfungen nach dieser Norm. Perspektivisch werden wir das Überprüfungsverfahren nach KTQ analog zu unserem Partner, der Sana Kliniken AG, anwenden.**

Schon seit vielen Jahren haben das Kreiskrankenhaus Hameln und auch sein Partner, die Sana Kliniken AG ein geregeltes Qualitätsmanagement aufgebaut. Dieses Qualitätsmanagementsystem erfüllt den Anspruch des Gesetzgebers an den Nachweis qualitätssichernder Systeme im Krankenhaus. Aber die Ambition des Sana-Verbundes geht weiter: Alle Sana Kliniken und Partner sollten die Qualität ihrer Arbeit durch ein auf die besonderen Anforderungen von Krankenhäusern zugeschnittenes System sicherstellen. Daher wird neben den aktuell laufenden Zertifizierungen nach DIN/EN/ISO 9001-2000 perspektivisch die erneute Zertifizierung nach dem KTQ-Modell auf dem Programm stehen. Bereits im Jahr 2009 – also dem Jahr des Erscheinens dieses Qualitätsberichtes – werden die erforderlichen Maßnahmen zur erfolgreichen Zertifizierung nach dem KTQ Verfahren begonnen.

### **Mit einem übergreifenden Qualitätssystem spürbare Verbesserungen bewirken**

Qualitätsmanagement ist heute vor dem Hintergrund großer Veränderungen im Gesundheitswesen und dem Anspruch optimaler Patientenbehandlung unverzichtbar geworden. Die Zertifizierungen in unserem Hause schaffen sowohl intern, also für die Zusammenarbeit der Berufsgruppen in der Klinik, als auch für unsere Patienten und einweisenden Ärzte Transparenz hinsichtlich unserer gesamten Leistungen und Arbeitsabläufe und beweisen ein besonderes Qualitätsbewusstsein. Wir versprechen uns von der kommenden Überprüfung nach dem KTQ Verfahren eine weitere Intensivierung unserer Anstrengungen zur ständigen Verbesserung.

### **Das KTQ-Verfahren**

KTQ ist ein spezifisches Verfahren zur Zertifizierung von Krankenhäusern, das mit wissenschaftlicher Unterstützung erarbeitet wurde. Das Verfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung des Krankenhauses.

Überprüft werden dabei die Bereiche

- Patientenorientierung
- Mitarbeiterorientierung
- Sicherheit im Krankenhaus
- Informationswesen
- Krankenhausführung
- Qualitätsmanagement

Das Krankenhaus hat sein Qualitätsziel nur dann erreicht, wenn die Patienten und Mitarbeiter zufrieden sind, die Sicherheit gewährleistet ist, die Informationen fließen und neben dem betriebswirtschaftlichen Konzept auch ein Qualitätskonzept existiert. Besonders wichtig ist uns ein hoher Zufriedenheitsgrad von Patienten, Einweisern und Mitarbeitern aber auch der Kostenträger. Mit unserer kontinuierlichen Arbeit zur gezielten Qualitätsverbesserung wollen wir ihr Vertrauen Tag für Tag verdienen und langfristig sichern.

#### Wie läuft eine KTQ-Zertifizierung ab?

Die Selbstbewertung des Krankenhauses und die Fremdbewertung durch Visitoren sind die beiden Kernelemente des Verfahrens. Alle Ebenen der Krankenhausmitarbeiter werden am KTQ-Prozess beteiligt: von den Pflegekräften über das medizinisch-technische Personal bis zu den Ärzten, von der Hauswirtschaft bis zur Verwaltung – es geht nur, wenn alle gemeinsam handeln. In Krankenhäusern, die mit der KTQ-Arbeit beginnen, lässt sich deshalb schnell eine Intensivierung der abteilungs- und berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit feststellen.

#### Der Erfolg: Zertifikat für drei Jahre

Um das KTQ-Zertifikat zu erhalten, muss ein Krankenhaus mindestens 55% der theoretisch möglichen KTQ-Punkte in jeder Kategorie erreichen. Vor Einleitung einer Zertifizierung prüfen die Zertifizierungsstellen die eingereichten Selbstbewertungen. Fällt das Ergebnis positiv aus, besucht ein Team von erfahrenen Visitoren (meist ein Arzt, eine Pflegekraft, ein Ökonom) das Haus und prüft, ob die Selbstbewertung mit den realen Regelungen und Abläufen in der Einrichtung übereinstimmt. Die Visitation dauert je nach Größe des Krankenhauses drei bis vier Tage. Anschließend erstellen die Visitoren ihren Visitationsbericht, der gleichzeitig die Grundlage der Zertifizierung ist.

#### Qualität dauerhaft sichern

Drei Jahre bis zur Rezertifizierung sind eine lange Zeit. Um die Kontinuität in der Qualitätssicherung und -entwicklung, die durch die KTQ-Zertifizierung in unserer Klinik angestoßen wurde, weiterzuführen und zu etablieren, werden bis zur Rezertifizierung jährliche interne Audits durchgeführt. Dies schafft eine stabile Grundlage, um dauerhaft höchste Qualität für unser Haus zu erzielen.



## KUNDENZUFRIEDENHEIT: EINWEISER

# Gute Noten von niedergelassenen Ärzten

**Die Zufriedenheit der einweisenden Ärzte ist ein guter Gradmesser für die Qualität der medizinischen Leistungen einer Klinik. Daher haben wir 2008 eine gezielte Befragung durchgeführt, um die Rückmeldungen der Niedergelassenen für die Analyse und Verbesserung der eigenen Arbeit zu nutzen.**

Das Einweiserverhalten ist vielschichtig. Nicht ein Grund allein ist für Präferenzen oder Vorbehalte von Ärzten gegenüber Krankenhäusern verantwortlich. Erst das Zusammenspiel vieler Faktoren führt im Urteil der medizinischen Experten zu einem Bild von der Leistungsfähigkeit einer Klinik. Primäre Aufgabe unserer Befragungen ist es daher, detailgenau diejenigen Faktoren zu ermitteln, die das Einweisungsverhalten in der Praxis beeinflussen.

Die Erfahrung aus den vorangegangenen Befragungen zeigt, dass niedergelassene Ärzte die Qualität einzelner Abteilungen sehr differenziert bewerten. Aus diesem Grund wurde den befragten Ärzten die Möglichkeit gegeben, recht gezielt für ihre spezielle Praxisausrichtung zu bewerten. Um die tiefer reichenden Gründe für eine Bewertung erkennen zu können, sieht der eingesetzte Fragebogen zudem Bemerkungsfelder vor, in denen Ärzte frei formulierte Kommentare hinterlegen können.

- wie die niedergelassenen Ärzte die Leistungen des Kreiskrankenhauses Hameln derzeit wahrnehmen,
- welches Image das Krankenhaus bei den Ärzten derzeit hat,
- welche Probleme aus Sicht der Ärzte existieren,
- wie gut die Ärzte über das Leistungsangebot informiert sind,
- wo Verbesserungsbedarf besteht,
- was sich die Ärzte von uns wünschen.

Die Ergebnisse der Befragungen stellen für uns die Grundlage für effiziente und zielgerichtete Maßnahmenplanungen im Rahmen eines permanenten Verbesserungsprozesses dar, um Probleme kurzfristig zu beseitigen und das Profil unserer Klinik langfristig zu stärken.

### Transparenz setzt Impulse für steigende Qualität

Ab dem Jahr 2009 ist geplant, an der standardisierten Einweiserbefragung unseres Partners, der Sana Kliniken AG, teilzunehmen, um damit die Möglichkeit zum betriebsübergreifenden Vergleich zu erhalten.

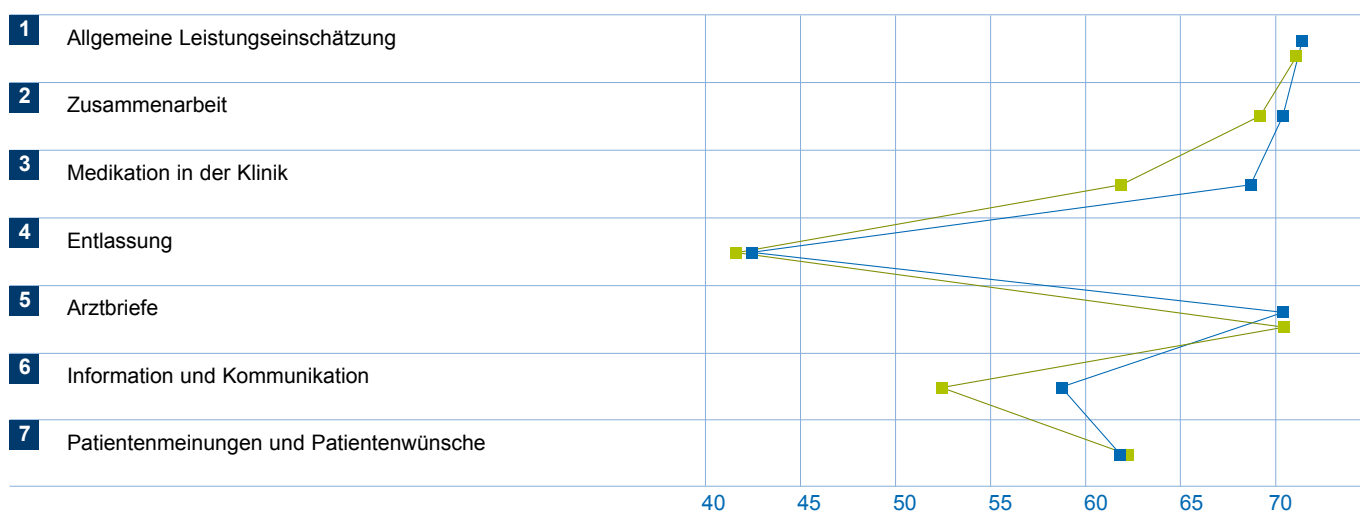
Die regelmäßige Befragung der Einweiser im Rhythmus von zwei Jahren ist Bestandteil eines strategischen Gesamtkonzeptes der Sana Kliniken. Das klar formulierte Ziel lautet, nachweislich und messbar beste Qualität zu erzeugen. Dieses Engagement, so unsere Überzeugung, wird von unseren Patienten und allen sonstigen „Kunden“ honoriert. Denn die Herstellung von Transparenz ermöglicht es Patienten, Angehörigen und einweisenden Ärzten, exakt die Klinik für eine Behandlung auszuwählen, in der sie die bestmögliche Versorgung erhalten. Damit wirkt sie als Qualitätsmotor, weil sie einen Ansporn für die Kliniken im Wettbewerb schafft.

### Ergebnisse der Einweiserbefragung

Grundsätzlich sind unsere Einweiser von der Leistungsfähigkeit und Kompetenz unserer Ärzte und weiteren Mitarbeiter überzeugt. Üblicherweise kennen sie ihren Ansprechpartner bei uns und haben viele direkte Kontakte zu unseren Fachärzten, welche sie gerne und häufig nutzen.

Verbesserungen würden sie sich bei den Aspekten „Wartezeiten“ und dem Erhalt des endgültigen Arztbriefes wünschen. Vor allem der Wunsch nach verkürzten Wartezeiten geht einher mit den Ergebnissen der Patientenbefragung und ist bei der Priorisierung von Verbesserungsmaßnahmen als einer der obersten Punkte angesiedelt. Ein „Flaschenhals“, welcher zu Wartezeiten in der Notfallaufnahme geführt hat, war die Suche nach einem freien Bett in Zeiten hoher Belegung. Ein Belegungsmanager wurde eingesetzt, um die Verteilung der Patienten auf die Betten im Krankenhaus zu optimieren und dadurch die Verweilzeit in der Notaufnahme für stationäre Patienten zu verkürzen. Diese Vorgehensweise entlastet die Mitarbeiter der Notaufnahme und sorgt dafür, dass Untersuchungsräume schneller wieder zur Verfügung stehen.

### Ergebnisse der Einweiserbefragung des Sana-Verbundes



Zufriedenheitsindex (0 = schlechtester Wert; 100 = bester Wert)

■ Sana gesamt ■ Vergleichsgruppe

## KUNDENZUFRIEDENHEIT: PATIENTEN

# So beurteilen Patienten unsere Klinik

Damit sich Patienten in unserem Haus medizinisch gut behandelt und auch menschlich gut aufgehoben fühlen, engagieren sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Kreis Krankenhaus Hameln jeden Tag aufs Neue. Um zu erfahren, wie erfolgreich wir mit diesem Einsatz sind, stellen wir unsere Arbeit regelmäßig auf den Prüfstand. Die zentrale Frage, die das Ergebnis aller Bemühungen zusammenfasst, lautet dabei: **Wie zufrieden sind die Patienten mit ihrer Versorgung in unserem Krankenhaus?**

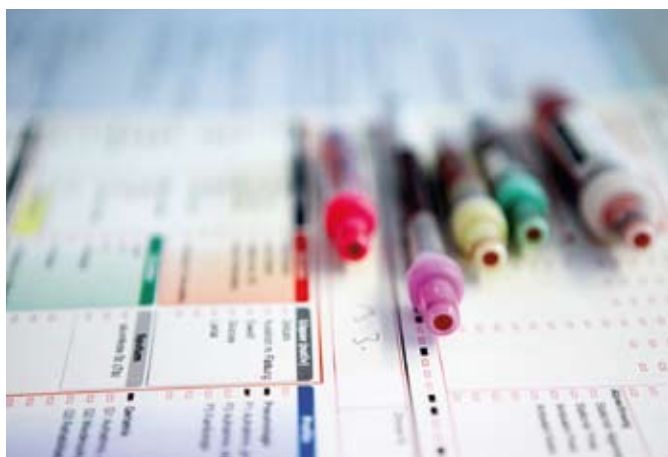
In einer kontinuierlich laufenden Patientenbefragung wurde ermittelt, was für die Zufriedenheit von Patienten wirklich zählt und welche Aspekte ihnen bei ihrem Krankenhausaufenthalt am wichtigsten sind. Dazu wird ein standardisierter und im gesamten Krankenhaus an unsere Patienten ausgehändigter Fragebogen verwandt. In den verschiedensten Themenbereichen sowie im Freitextfeld können die Patienten ihre Beobachtungen und Bewertungen wiedergeben:

- zum Arzt-Patienten-Verhältnis
- zum Pflegepersonal-Patienten-Verhältnis
- zur Zimmerausstattung
- zum Erfolg der Behandlung
- zum Essen, Service, Ambiente und der Reinigung.

Wir führen diese Form der Patientenbefragung durch, um mehr als nur eine Momentaufnahme der Patientenzufriedenheit zu erhalten. Erst durch die regelmäßigen Befragungen wird der nachhaltige Erfolg unserer kontinuierlichen Qualitätsmaßnahmen transparent.

### **Patientenmeinungen als Motor für Verbesserungen**

Die Methodik unseres Befragungsbogens gibt vor, dass die Patienten den Fragebogen am Tag ihrer Entlassung aus der Klinik erhalten und ihn unbelastet von bevorstehenden Diagnostiken und Therapien kurz vor dem Verlassen der Klinik ausfüllen sollten. Damit erfahren wir



nicht nur, wie die Zeit im Krankenhaus erlebt wurde, sondern auch, ob die wichtige Phase rund um die Entlassung aus der Klinik positiv verlaufen ist. Mit der Befragung zum Abschluss des Klinikaufenthalts können Patienten außerdem offener und ohne emotionalen Druck oder übermäßige Dankbarkeit ihre Meinung äußern. Diese ehrlichen Antworten sind uns wichtig, um die Ergebnisse der Befragungen für die Verbesserung unserer Arbeit nutzen zu können.

Die Auswertung der Patientenantworten zeigt sowohl die Stärken als auch die aktuellen Verbesserungspotentiale in der Versorgungsqualität deutlich auf. Auf dieser Grundlage leiten wir gezielte Veränderungsmaßnahmen rasch ein und integrieren dabei Instrumente zur Qualitätsverbesserung, die sich in anderen Kliniken als erfolgreich bewiesen haben, in unsere Arbeit. Sofern der Patient sich mit seinem Namen in einem freiwilligen Feld kenntlich macht, bekommt er in jedem Fall eine Rückmeldung der üblicherweise damit einher gehenden Anregung im Freitextfeld.

#### **Die Befragung zeigt gute Ergebnisse**

Die positive Leistungseinschätzung, die die Befragungsergebnisse für das Kreiskrankenhaus Hameln zeigen, steht auf einer soliden Datenbasis. Pro Monat nutzen mehr als einhundert Patienten die Möglichkeit, uns ihre Meinung mitzuteilen. Die Einschätzung der medizinischen Qualität durch die Patienten erreicht sehr gute Werte. Mit der Aufklärung vor operativen Eingriffen und der Erklärung von Testergebnissen unsere Patienten ebenfalls zufrieden.

Neben der Qualität der medizinischen Betreuung legen Patienten vor allem großen Wert darauf, sich in dem ungewohnten klinischen Umfeld wohl zu fühlen. Die Qualität des Essens, die Sauberkeit in der Klinik und die Atmosphäre der Patientenzimmer erhält im Urteil der Befragten gute Noten. So zahlt es sich aus, dass wir im vergangenen Jahr weiter in die Zimmerausstattung investiert haben, unseren Neubau in Betrieb genommen haben und auch im Bestand nicht nachlassen, die Zimmer den modernen Anforderungen anzupassen. Auch künftig werden wir den hohen baulichen Standard sowie Service und Komfortangebote weiterentwickeln, damit wir uns unseren Patienten als modernes Haus mit wohlthuender Atmosphäre präsentieren.

## KUNDENZUFRIEDENHEIT: PATIENTEN

### Erfolgreich mit Verbesserungen in zahlreichen Details

Unsere Patienten wünschten sich im Bereich der Speiseversorgung eine Kostform, welche keine blähenden Komponenten für stillende Mütter enthält. In Abstimmung mit Ernährungsberatern und der Stilgruppe Hameln wurde diese Kostform speziell für die Geburtshilfestation nach einem vorangestellten Probelauf in den Regelbetrieb übernommen.

Unser Patienten mit chronischen Wunden beklagten häufig, dass die zu der bei uns gebräuchlichen Vakuumtherapie eingesetzten Pumpen zwar in ihrer Funktion einwandfrei liefen, jedoch die Mobilität durch das große Gehäuse nur bedingt möglich sei. Darum wurden mit dem Hersteller der Pumpen Gespräche geführt und unmittelbar nach Verfügbarkeit kleinerer und vor allem mobiler Pumpen in einer Umhängetasche wurde das Hamelner Kontingent komplett auf diese Pumpen umgestellt. Der Liegekomfort in einem Patientenbett ist für grade für unsere Krankenhauspatienten ein ganz wichtiges Element.

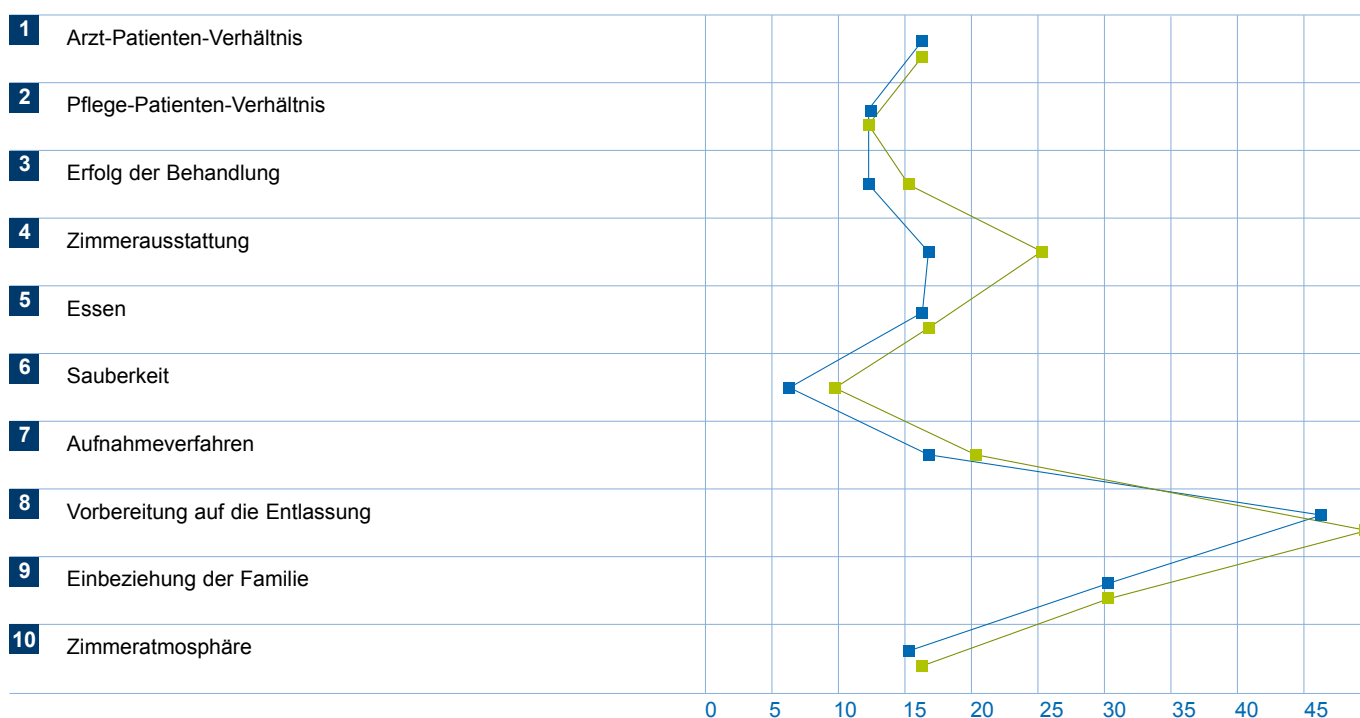
Dazu gehört auch das Merkmal der elektrischen Verstellung vom Kopfteil und die Höhenverstellung durch den Patienten selber. Nicht nur die bequeme Lage wird so positiv beeinflusst, es wird auch das Ein- und Aussteigen aus dem Bett und somit die Frühmobilisation erleichtert. Um diesem Wunsch gerecht zu werden, wurden nicht nur im Neubau sondern im gesamten Krankenhaus die Bettgestelle gegen zeitgemäße neue Betten ausgetauscht. Die Beschaffung erfolgte im Zusammenspiel aller von diesem Thema betrauten Berufsgruppen. Bereits in der Testphase, in welche auch sehr viele Patientenmeinungen einfließen, wurden die technischen Mitarbeiter, die Bettenzentrale, Krankengymnasten und die Pflegekräfte der Stationen laufend befragt und die Auswahl systematisch eingegrenzt. Die drei besten Modelle wurden dann in einer gemeinsamen Entscheidungsrunde, ergänzt um die Krankenhausleitung und den Einkauf, besprochen und abschließend einhellig das jetzt eingesetzte Bettmodell ausgewählt.



### Überdurchschnittlich gute Ergebnisse

Die Methodik der Picker-Befragung präsentiert in der Auswertung so genannte „Problemhäufigkeiten“. Damit sind Antworten gemeint, die auf eine nicht vollständige Zufriedenheit der Patienten schließen lassen. In der Grafik zeigen wir, wo sich die Sana Kliniken im Vergleich mit der Gesamtgruppe der von Picker untersuchten Kliniken im Jahr 2008 platzieren konnte.

Ergebnisse der Patientenbefragung des Sana-Verbundes



Problemhäufigkeit (100 = schlechtester Wert; 0 = bester Wert)

■ Sana gesamt ■ Vergleichsgruppe

## RISIKOMANAGEMENT

# Patientensicherheit vorausschauend planen

**Risikomanagement ist ein strategisches Konzept der Prävention, das die Sicherheit in der Klinik durch eine systematische Analyse aller Abläufe erhöht. Ziel eines Risikomanagements ist die frühzeitige Identifizierung von Situationen, die zu Fehlern in der täglichen Arbeit führen könnten. So können Maßnahmen getroffen werden, durch die eine sichere Konstellation erreicht wird.**

Dabei ist neben der selbstkritischen Überprüfung eigener Abläufe auch die Auswertung der Erfahrungen in vergleichbaren Krankenhäusern von besonderer Bedeutung. Wenn es schon das ideale fehlerfreie Krankenhaus nicht gibt, so liegt es doch in unserer Verantwortung, aus gemachten Fehlern zu lernen: Pro-aktives Risikomanagement erkennt Gefahrenpotentiale, bevor etwas passiert.

Aus dieser Grundüberzeugung heraus haben bereits vor einigen Jahren begonnen, das klinische Risikomanagementsystem einzuführen. Seither wurden umfassende Maßnahmen zur Erkennung und Vermeidung von Risikopotentialen umgesetzt. Als spezialisiertes Beratungsinstitut unterstützte die „GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH“, ein Tochterunternehmen der ECCLESIA Versicherungsdienst GmbH, uns ebenso wie alle Krankenhäuser der Sana Kliniken AG bei der Einführung und Umsetzung dieser Risikomanagement-Aktivitäten.

### **Empfehlungen durch unabhängige Experten**

Grundlage für die Planung und Umsetzung von Verbesserungen sind die umfassenden klinischen Risiko-Audits, also Begehungen und Anhörungen, in allen Einrichtungen. Dabei werden die Prozesse der Patientenversorgung von den externen Experten sorgfältig durchleuchtet. Interviews mit Mitarbeitern der therapeutischen Teams geben zusätzliche Hinweise, in welchen Bereichen gegebenenfalls klinikspezifische Verbesserungspotentiale zu erwarten sind.

Als Ergebnis der umfassenden Analysen entsteht für jede Klinik ein individuelles Stärken- und Schwächen-Profil, aus dem konkrete Handlungsempfehlungen für Verbesserungen abgeleitet werden. Damit steht der Klinikleitung ein praxisnaher Leitfaden zur Verfügung, der die Ansatzpunkte für Optimierungen der Patientensicherheit transparent macht.

Zukünftig werden wir dieses Risikomanagement noch weiter ausbauen und dabei das Know-how unseres Partners, der Sana Kliniken AG, nutzen. Vergleichsmöglichkeiten mit den Sana Kliniken machen eine Standortbestimmung der eigenen Risikobewertung möglich. Als weiteren Schritt haben wir uns die Erfassung und Analyse von „beinahe Fehlern“ vorgenommen. Mit Hilfe eines so genannten „Critical Incident Reporting Systems“ (CIRS) möchten wir unseren Mitarbeitern ein Werkzeug an die Hand geben, aus kritischen Situationen zu lernen und perspektivische Fehlervermeidung zu optimieren.





STRUKTURIERTER QUALITÄTSBERICHT  
TEIL A

## Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

### A-1 Kontaktdaten

<b>Name</b>	Kreis Krankenhaus Hameln
<b>Straße und Nummer</b>	Saint Maur Platz 1
<b>PLZ und Ort</b>	31785 Hameln
<b>Postfach</b>	10 06 53
<b>PLZ und Ort</b>	31756 Hameln
<b>Telefon</b>	05151 97-0
<b>Telefax</b>	05151 97-2126
<b>E-Mail</b>	info@kreis-krankenhaus-hameln.de
<b>Webadresse</b>	www.kreis-krankenhaus-hameln.de

### A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

260320336

### A-3 Standort(nummer)

00

### A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

<b>Name</b>	Gesundheitseinrichtungen Hameln Pymont gGmbH
<b>Art</b>	öffentlich

## A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

<b>Akademisches Lehrkrankenhaus</b>	Ja
<b>der Universität</b>	Medizinische Hochschule Hannover

## A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses

Abteilung/Organisationseinheit	Ansprechpartner/Kontakt
Geschäftsführung	Marco Kempka, Dr. Ralf Paland Tel.: 05151 97-1112 ab 01.03.2009 (bis zum 28.02.2009 Klaus-Helmut Jelinek)
Ärztlicher Direktor	Prof. Helmuth Schmidt Tel.: 05151 97-2396
Pflegedirektorin	Kerstin Heiermann Tel.: 05151 97-2114
Personalabteilung (Prokurist)	Heinrich Düvel Tel.: 05151 97-1132
Marketing / Presse- und Öffentlichkeitsarbeit	Peter Höxter Tel.: 05151 97-2345 oder 97-0
Qualitätsmanagement	Harry Fleischmann Tel.: 05151 97-3419
Finanz- und Rechnungswesen	Karsten Depta Tel.: 05151 97-1176
Informationstechnologie	Stefan Hampel Tel.: 05151 97-1138
Technik	Wolfgang Nozinsky Tel.: 05151 97-1154
Medizinmanagement	Dietrich Herrmann Tel.: 05151 97-1184
Wirtschaftsabteilung	Stefan Bode Tel.: 05151 97-1159
Organisation	Michael Engelmann Tel.: 05151 97-1143

>>

>> **A-6**  
**Organisationsstruktur des Krankenhauses**

Abteilung/Organisationseinheit	Ansprechpartner/Kontakt
Zentrallabor	Dr. Joachim Draffehn Tel.: 05151 97-2292
Betriebsrat	Laszlo Nogrady Tel.: 05151 97-1195

**A-7**  
**Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie**

Nein

**A-8**  
**Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses**

Nr.	Fachabteilungsübergreifender Versorgungsschwerpunkt	Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind
VS01	Brustzentrum	Frauenklinik, Plastische- und Ästhetische Chirurgie, Hämatologie und Onkologie, Pathologie, Labor
VS02	Perinatalzentrum	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Frauenklinik (Geburtshilfe) Level II

## A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
MP04	Atemgymnastik/-therapie
MP07	Beratung/Betreuung durch Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
MP14	Diät- und Ernährungsberatung
MP15	Entlassungsmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
MP21	Kinästhetik
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
MP51	Wundmanagement
MP02	Akupunktur Im Rahmen der Schmerzambulanz

## A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

Nr.	Serviceangebot
SA01	Aufenthaltsräume
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle überwiegend
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen in bestimmten Bereichen
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle überwiegend
SA12	Balkon/Terrasse teilweise
SA13	Elektrisch verstellbare Betten überwiegend

>>

>> **A-10**  
**Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses**

Nr.	Serviceangebot
SA14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer überwiegend
SA15	Internetanschluss am Bett/im Zimmer überwiegend
SA17	Rundfunkempfang am Bett überwiegend
SA18	Telefon
SA20	Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl)
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung
SA22	Bibliothek fahrbare Bücherei direkt ans Bett
SA23	Cafeteria
SA28	Kiosk/Einkaufsmöglichkeiten
SA29	Kirchlich-religiöse Einrichtungen Gottesdienst am Sonntag, Seelsorgerliche Betreuung durch die hauptamtliche Krankenhausseelsorge
SA34	Rauchfreies Krankenhaus Überdachte Rauchmöglichkeit außerhalb des Krankenhausgebäudes
SA39	Besuchsdienst/Grüne Damen
SA41	Dolmetscherdienste nur bestimmte Sprachen
SA42	Seelsorge
SA43	Abschiedsraum
SA54	Tageszeitungsangebot
SA55	Beschwerdemanagement
SA57	Sozialdienst
SA44	Diät-/Ernährungsangebot

## A-11

### Forschung und Lehre des Krankenhauses

#### A-11.1

##### Forschungsschwerpunkte

Das Kreiskrankenhaus Hameln ist Akademisches Lehrkrankenhaus der medizinischen Hochschule Hannover. Es findet regelmäßig eine studentische Ausbildung statt, welche von einem dafür verantwortlichen Chefarzt für das gesamte Krankenhaus koordiniert wird. Im Bereich Forschung nehmen die einzelnen Kliniken an Studien teil und liefern entsprechende Daten nach Abstimmung mit den Patienten an die jeweils für die Studie zuständige Stelle.

Aus-, Fort- und Weiterbildung findet entsprechend den Curricula der jeweiligen Berufsgruppen statt. Im ärztlichen Bereich werden in folgenden Fachgebieten Weiterbildungen angeboten:

- Anästhesiologie (5 J.)
- Plastische- und Ästhetische Chirurgie (2,5 J.)
- Handchirurgie (1,5 J.)
- Chirurgie -Basisweiterbildung- (2 J.)
- Chirurgie (3 J.)
- Visceralchirurgie (3 J.)
- Unfallchirurgie (2 J.)
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe (5 J.)
- Innere Medizin und Allgemeinmedizin (3 J.)
- Gastroenterologie (3 J.)
- Hämatologie und Internistische Onkologie (3 J.)
- Kardiologie (3 J.)
- Urologie (4 J.)
- Radiologische Diagnostik (3 J.)
- Kinder- und Jugendmedizin ( 3,5 J.)
- Rettungs- und Notfallmedizin

Es gibt zudem eine große Gesundheits- und Krankenpflegeschule sowie eine Hebammenschule. Berufsausbildung findet darüber hinaus auch in Verwaltungsberufen, der Hauswirtschaft und in der Datenverarbeitung statt.

### A-11.2 Akademische Lehre

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
FL01	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
FL05	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien

### A-11.3 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
HB07	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)
HB10	Entbindungspfleger und Hebamme
HB00	Krankenpflegehilfe

#### A-12

#### Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V (Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)

443

#### A-13

#### Fallzahlen des Krankenhauses

<b>Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle</b>	
Vollstationäre Fallzahl	21.211
<b>Ambulante Fallzahl</b>	
Fallzählweise	42.608

#### A-14

#### Personal des Krankenhauses

##### A-14.1

##### Ärzte und Ärztinnen

	<b>Anzahl</b>
<b>Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)</b>	125,6 Vollkräfte
<b>Davon Fachärzte und Fachärztinnen</b>	65,6 Vollkräfte
<b>Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)</b>	4 Personen
<b>Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind</b>	3,3 Vollkräfte Medizincontrolling, betriebsärztlicher Dienst, Qualitätssicherung/ hygienebeauftragter Arzt

**A-14.2**  
**Pflegepersonal**

	<b>Anzahl</b>	<b>Ausbildungsdauer</b>
<b>Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen</b>	295,5 Vollkräfte	3 Jahre
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen</b>	45,8 Vollkräfte	3 Jahre
<b>Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen</b>	6,8 Vollkräfte	1 Jahr
<b>Pflegehelfer und Pflegehelferinnen</b>	18,9 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs
<b>Entbindungspfleger und Hebammen</b>	11,6 Personen	3 Jahre
<b>Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen</b>	1 Vollkraft	3 Jahre
<b>Arzthelferinnen/Erzieherin/Verw. Ang.</b>	10,6 Personen	

STRUKTURIERTER QUALITÄTSBERICHT  
TEIL B

## Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

Datenschutzhinweis:

Aus Datenschutzgründen sind keine Fallzahlen  $\leq 5$  Fälle angegeben.

## B-1 Klinik für Hämatologie und internistische Onkologie

### B-1.1

#### Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

<b>Name der Fachabteilung</b>	Klinik für Hämatologie und internistische Onkologie
-------------------------------	---

#### Kontaktdaten

<b>Chefarzt/Chefärztin</b>	Professor Dr. Helmuth Schmidt
<b>Straße und Nummer</b>	Saint Maur Platz 1
<b>PLZ und Ort</b>	31785 Hameln
<b>Telefon</b>	05151 97-2396
<b>Telefax</b>	05151 97-2145
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:schmidth@kreiskrankenhaus-hameln.de">schmidth@kreiskrankenhaus-hameln.de</a>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.kreiskrankenhaus-hameln.de">www.kreiskrankenhaus-hameln.de</a>

#### Haupt-/Belegabteilung

<b>Art der Abteilung</b>	Hauptabteilung
--------------------------	----------------

## KLINIK FÜR HÄMATOLOGIE UND INTERNISTISCHE ONKOLOGIE

### B-1.2

#### Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
VH18	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI27	Spezialsprechstunde
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
VX00	Sonstige Stammzellentnahme, Knochenmarkentnahme
VX00	Palliativmedizin Onkologisches Zentrum mit Tumorkonferenz

### B-1.3

#### Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP24	Manuelle Lymphdrainage
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst
MP37	Schmerztherapie/-management
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen

## KLINIK FÜR HÄMATOLOGIE UND INTERNISTISCHE ONKOLOGIE

### B-1.4

#### Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Serviceangebot
SA04	Fernsehraum
SA09	Unterbringung Begleitperson
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen

### B-1.5

#### Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1.566
-------------------------	-------

### B-1.6

#### Diagnosen nach ICD

#### B-1.6.1

#### Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10 Ziffer*	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C34	288	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs
2	C20	68	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs
3	C18	60	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)
4	C16	60	Magenkrebs
5	C50	59	Brustkrebs
6	C83	57	Lymphknotenkrebs, der ungeordnet im ganzen Lymphknoten wächst - Diffuses Non-Hodgkin-Lymphom
7	C90	54	Knochenmarkkrebs, der auch außerhalb des Knochenmarks auftreten kann, ausgehend von bestimmten Blutkörperchen (Plasmazellen)
8	J15	47	Lungenentzündung durch Bakterien
9	C15	47	Speiseröhrenkrebs
10	C61	37	Prostatakrebs

\* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

## KLINIK FÜR HÄMATOLOGIE UND INTERNISTISCHE ONKOLOGIE

**B-1.7****Prozeduren nach OPS****B-1.7.1****Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-543	414	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden
2	8-542	408	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut
3	8-800	382	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
4	8-522	301	Strahlenbehandlung mit hochenergetischer Strahlung bei Krebskrankheit - Hochvoltstrahlentherapie
5	6-001	171	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 1 des Prozedurenkatalogs
6	6-002	137	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs
7	3-222	131	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel
8	3-225	112	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel
9	1-632	95	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
10	3-226	88	Computertomographie (CT) des Beckens mit Kontrastmittel

**B-1.8****Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Nr. der Leistung	Angeborene Leistung
AM04	Ermächtigungsambulanz nach § 116 SGB V	Internistisch-Onkologische Ambulanz		
AM12	Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140b SGB V	Integrierte Versorgung für AOK Patienten		

## KLINIK FÜR HÄMATOLOGIE UND INTERNISTISCHE ONKOLOGIE

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

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-410	747	Entnahme von Blutstammzellen aus dem Knochenmark und dem Blut zur Transplantation

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

Nicht vorhanden

**B-1.11****Apparative Ausstattung**

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h-Notfallverfügbarkeit
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	✓
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	✓
AA29	Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/ Duplexsonographiegerät	Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/ farbkodierter Ultraschall	
AA00	Stammzellseparatoren		

## KLINIK FÜR HÄMATOLOGIE UND INTERNISTISCHE ONKOLOGIE

### B-1.12 Personelle Ausstattung

#### B-1.12.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	11,9 Vollkräfte
Davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,3 Vollkräfte

#### Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztqualifikation
AQ27	Innere Medizin und SP Hämatologie und Onkologie
AQ59	Transfusionsmedizin
AQ63	Allgemeinmedizin
AQ38	Laboratoriumsmedizin
AQ00	Laboruntersuchungen in der Inneren Medizin

Nr.	Zusatzweiterbildung (fakultativ)
ZF00	Sonstige <a href="#">European Certification in Medical Onkology</a> , <a href="#">Fachkunde Strahlenschutz nach RÖVO</a>
ZF30	Palliativmedizin

## KLINIK FÜR HÄMATOLOGIE UND INTERNISTISCHE ONKOLOGIE

### B-1.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	24,3 Vollkräfte	3 Jahre
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	1 Vollkraft	ab 200 Std. Basiskurs
Arzthelferinnen	3,2 Vollkräfte	

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP08	Kinästhetik
ZP10	Mentor und Mentorin
ZP12	Praxisanleitung

### B-1.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal
SP02	Arzthelfer und Arzthelferin
SP23	Psychologe und Psychologin
SP04	Diätassistent und Diätassistentin
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin
SP00	Sonstige <a href="#">Krankenschwester mit der Zusatzqualifikation „Palliativpflege“</a>

## B-2 Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

### B-2.1

#### Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

<b>Name der Fachabteilung</b>	Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
-------------------------------	---

#### Kontaktdaten

<b>Chefarzt/Chefärztin</b>	Dr. med. Thomas Noesselt
<b>Straße und Nummer</b>	Saint Maur Platz 1
<b>PLZ und Ort</b>	31785 Hameln
<b>Telefon</b>	05151 97-1241
<b>Telefax</b>	05151 97-1141
<b>E-Mail</b>	noesselt@kreiskrankenhaus-hameln.de
<b>Webadresse</b>	www.kreiskrankenhaus-hameln.de

#### Haupt-/Belegabteilung

<b>Art der Abteilung</b>	Hauptabteilung
--------------------------	----------------

KLINIK FÜR FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE

**B-2.2**

**Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung**

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VG09	Pränataldiagnostik und -therapie
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 <a href="#">Im Rahmen des Brustzentrums in Zusammenarbeit mit der Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie</a>
VG05	Endoskopische Operationen
VG06	Gynäkologische Abdominalchirurgie
VG07	Inkontinenzchirurgie
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
VG10	Betreuung von Risikoschwangerschaften
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
VG12	Geburtshilfliche Operationen
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
VG15	Spezialsprechstunde <a href="#">Weibliche Inkontinenz, Gynäkologische Onkologie, Senologie</a>
VG00	Sonstige <a href="#">Gynäkologisch -onkologische Ambulanz, Urodynamik, Missbildungsdiagnostik</a>

## KLINIK FÜR FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE

### B-2.3

#### Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP05	Babyschwimmen
MP19	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
MP24	Manuelle Lymphdrainage
MP28	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie <a href="#">Homöopathie im Kreißsaalbereich</a>
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychozialdienst <a href="#">Psycho-Onkologie</a>
MP36	Säuglingspflegekurse
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
MP43	Stillberatung
MP50	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen

### B-2.4

#### Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Serviceangebot
SA07	Rooming-in
SA00	Sonstiges <a href="#">Gemütlicher Buffet - Raum für die Verpflegung der Wöchnerinnen</a>

## KLINIK FÜR FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE

### B-2.5

#### Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	3.416
--------------------------------	-------

### B-2.6

#### Diagnosen nach ICD

#### B-2.6.1

#### Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10 Ziffer*	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	Z38	874	Neugeborene
2	O42	209	Vorzeitiger Blasensprung
3	O70	184	Damriss während der Geburt
4	C50	145	Brustkrebs
5	N81	123	Vorfall der Scheide bzw. der Gebärmutter
6	O68	101	Komplikationen bei Wehen bzw. Entbindung durch Gefahrenzustand des Kindes
7	O80	96	Normale Geburt eines Kindes
8	N39	95	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
9	N83	77	Nichtentzündliche Krankheit des Eierstocks, des Eileiters bzw. der Gebärmutterbänder
10	D27	75	Gutartiger Eierstocktumor

\* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

## KLINIK FÜR FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE

**B-2.7****Prozeduren nach OPS****B-2.7.1****Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-262	952	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt
2	9-260	587	Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt
3	5-758	381	Wiederherstellende Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen nach Dammschnitt während der Geburt
4	8-020	342	Behandlung durch Einspritzen von Medikamenten in Organe bzw. Gewebe oder Entfernung von Ergüssen z.B. aus Gelenken
5	8-910	270	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)
6	5-741	266	Kaiserschnitt mit Schnitt oberhalb des Gebärmutterhalses bzw. durch den Gebärmutterkörper
7	5-738	247	Erweiterung des Scheideneingangs durch Dammschnitt während der Geburt mit anschließender Naht
8	5-704	234	Operative Raffung der Scheidenwand bzw. Straffung des Beckenbodens mit Zugang durch die Scheide
9	5-683	176	Vollständige operative Entfernung der Gebärmutter
10	5-590	156	Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von hinter dem Bauchraum liegendem Gewebe (Retroperitoneum)

KLINIK FÜR FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE

**B-2.8**

**Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

	<b>Art der Ambulanz</b>	<b>Bezeichnung der Ambulanz</b>	<b>Nr. der Leistung</b>	<b>Angebote Leistung</b>
AM04	Ermächtigungsambulanz nach § 116 SGB V Diagnostik und Therapie auf dem Gebiet der Frauenheilkunde	Frauenheilkunde		
AM04	Ermächtigungsambulanz nach § 116 SGB V Urodynamische Diagnostik und Therapie auf dem Gebiet der Frauenheilkunde	Urodynamische Sprechstunde		
AM04	Ermächtigungsambulanz nach § 116 SGB V Voruntersuchung vor geplanten gynäkologischen rekonstruktiven Eingriffen des Beckenbodens und Nachuntersuchungen	Gynäkologische Ambulanz		
AM04	Ermächtigungsambulanz nach § 116 SGB V Onkologische Therapie bei gynäkologischen Malignomen	Gynäkologisch-Onkologische Ambulanz		
AM04	Ermächtigungsambulanz nach § 116 SGB V Planung der Geburtsleitung durch den betreuenden Arzt der Entbindungsklinik gemäß Mutterschaftsrichtlinien	Geburtshilfliche Ambulanz		
AM08	Notfallambulanz (24h) Untersuchungen von Patientinnen mit geburtshilflichen Fragestellungen	Geburtshilfliche Ambulanz		
AM04	Ermächtigungsambulanz nach § 116 SGB V Konsiliarische Untersuchung bei Verdacht auf Mamma-Tumor	Senologische Ambulanz		

## KLINIK FÜR FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE

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

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-690	113	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutter Schleimhaut - Ausschabung
2	5-751	76	Ausschabung zur Beendigung der Schwangerschaft
3	1-471	49	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutter Schleimhaut ohne operativen Einschnitt
4	1-672	38	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung
5	5-711	24	Operation an der Scheidenvorhofdrüse (Bartholin-Drüse)
6	5-671	19	Operative Entnahme einer kegelförmigen Gewebeprobe aus dem Gebärmutterhals
7	1-694	13	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung
8	5-663	12	Operative(r) Zerstörung oder Verschluss des Eileiters - Sterilisationsoperation bei der Frau
9	5-681	9	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter
10	5-702	8	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Scheide bzw. des Raumes zwischen Gebärmutter und Dickdarm (Douglasraum) mit Zugang durch die Scheide

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

Nicht vorhanden

## KLINIK FÜR FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE

**B-2.11****Apparative Ausstattung**

<b>Nr.</b>	<b>Vorhandene Geräte</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>	<b>24h-Notfallverfügbarkeit</b>
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	✓
AA12	Gastroenterologisches Endoskop	Gerät zur Magen-Darm-Spiegelung	
AA20	Laser		
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	✓
AA23	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	
AA27	Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät		✓
AA29	Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/ Duplexsonographiegerät	Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/ farbkodierter Ultraschall	
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung		

## KLINIK FÜR FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE

### B-2.12 Personelle Ausstattung

#### B-2.12.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	13,1 Vollkräfte
Davon Fachärzte und Fachärztinnen	7,1 Vollkräfte

#### Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztqualifikation
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Nr.	Zusatzweiterbildung (fakultativ)
ZF02	Akupunktur

#### B-2.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	13,4 Vollkräfte	3 Jahre
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	8,8 Vollkräfte	3 Jahre
Entbindungspfleger und Hebammen	9,9 Vollkräfte	3 Jahre
Arzthelferinnen	1,4 Vollkräfte	

#### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten

## KLINIK FÜR FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE

### **B-2.12.3** **Spezielles therapeutisches Personal**

<b>Nr.</b>	<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>
SP02	Arzthelfer und Arzthelferin
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin
SP23	Psychologe und Psychologin
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin
SP00	Sonstige Studienbegleitende „Study nurse“, Beleghebammen

## B-3 Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie mit Gefäßchirurgie

### B-3.1

#### Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

<b>Name der Fachabteilung</b>	Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie mit Gefäßchirurgie
-------------------------------	--

#### Kontaktdaten

<b>Chefarzt/Chefärztin</b>	Professor Dr. Markward von Bülow
<b>Straße und Nummer</b>	Saint Maur Platz 1
<b>PLZ und Ort</b>	31785 Hameln
<b>Telefon</b>	05151 97-2075
<b>Telefax</b>	05151 97-2074
<b>E-Mail</b>	buelow@kreiskrankenhaus-hameln.de
<b>Webadresse</b>	www.kreiskrankenhaus-hameln.de

#### Haupt-/Belegabteilung

<b>Art der Abteilung</b>	Hauptabteilung
--------------------------	----------------

## KLINIK FÜR ALLGEMEIN- UND VISCERALCHIRURGIE MIT GEFÄSSCHIRURGIE

**B-3.2****Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung**

<b>Nr.</b>	<b>Versorgungsschwerpunkte</b>
VC24	Tumorchirurgie
VC11	Lungenchirurgie
VC14	Speiseröhrenchirurgie
VC15	Thorakoskopische Eingriffe
VC59	Mediastinoskopie Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie
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
VC21	Endokrine Chirurgie
VC22	Magen-Darm-Chirurgie
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
VC58	Spezialsprechstunde Interdisziplinäre Tumorsprechstunde, Gefäßsprechstunde
VC00	Sonstige Proktologie

KLINIK FÜR ALLGEMEIN- UND VISCERALCHIRURGIE MIT GEFÄSSCHIRURGIE

**B-3.3**

**Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

<b>Nr.</b>	<b>Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot</b>
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel und/oder Gruppentherapie
MP37	Schmerztherapie/-management
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
MP45	Stomatherapie/-beratung
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen

**B-3.4**

**Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

<b>Nr.</b>	<b>Serviceangebot</b>
SA49	Fortbildungsangebote/Informationsveranstaltungen
SA58	Wohnberatung

## KLINIK FÜR ALLGEMEIN- UND VISCERALCHIRURGIE MIT GEFÄSSCHIRURGIE

### B-3.5

#### Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2.115
-------------------------	-------

### B-3.6

#### Diagnosen nach ICD

#### B-3.6.1

#### Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10 Ziffer*	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	K80	211	Gallensteinleiden
2	K57	164	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose
3	K40	149	Leistenbruch (Hernie)
4	I70	135	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose
5	E11	128	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2
6	K56	120	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch
7	R10	111	Bauch- bzw. Beckenschmerzen
8	K35	94	Akute Blinddarmentzündung
9	I83	77	Krampfadern der Beine
10	C18	65	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)

\* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

## KLINIK FÜR ALLGEMEIN- UND VISCERALCHIRURGIE MIT GEFÄSSCHIRURGIE

**B-3.7****Prozeduren nach OPS****B-3.7.1****Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-225	511	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel
2	3-226	444	Computertomographie (CT) des Beckens mit Kontrastmittel
3	8-831	436	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist
4	8-980	417	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)
5	8-931	402	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck)
6	3-607	311	Röntgendarstellung der Schlagadern der Beine mit Kontrastmittel
7	8-930	281	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
8	5-469	252	Sonstige Operation am Darm
9	5-511	202	Operative Entfernung der Gallenblase
10	3-605	194	Röntgendarstellung der Schlagadern im Becken mit Kontrastmittel

## KLINIK FÜR ALLGEMEIN- UND VISCERALCHIRURGIE MIT GEFÄSSCHIRURGIE

### B-3.8

#### Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Nr. der Leistung	Angebote Leistung
AM05	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V Stellung der Operationsindikation im Bereich der Allgemein- und Visceralchirurgie	Allgemeinchirurgische Ambulanz		
AM04	Ermächtigungsambulanz nach § 116 SGB V Stellung der Operationsindikation im Bereich der Gefäßchirurgie	Präoperative Gefäßsprechstunde		
AM04	Ermächtigungsambulanz nach § 116 SGB V Nachbehandlung von Patienten nach Eingriffen im Bereich der Gefäßchirurgie	Postoperative Gefäßsprechstunde		

### B-3.9

#### Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-894	14	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut
2	5-385	8	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein
3	5-399	7	Sonstige Operation an Blutgefäßen
4	5-530	6	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)
5	5-534	≤ 5	Operativer Verschluss eines Nabelbruchs (Hernie)
6	5-401	≤ 5	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße
7	5-491	≤ 5	Operative Behandlung von röhrenartigen Gängen im Bereich des Darmausganges (Analfisteln)
8	5-892	≤ 5	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut
9	5-493	≤ 5	Operative Behandlung von Hämorrhoiden
10	5-492	≤ 5	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe im Bereich des Darmausganges

## KLINIK FÜR ALLGEMEIN- UND VISCERALCHIRURGIE MIT GEFÄSSCHIRURGIE

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

Nicht vorhanden

**B-3.11****Apparative Ausstattung**

<b>Nr.</b>	<b>Vorhandene Geräte</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>	<b>24h-Notfallverfügbarkeit</b>
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	✓
AA12	Gastroenterologisches Endoskop	Gerät zur Magen-Darm-Spiegelung	
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	✓
AA27	Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät		✓
AA29	Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/ Duplexsonographiegerät	Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/ farbkodierter Ultraschall	
AA00	Sonstige	Minimalinvasive-OP-Ausstattung	

## KLINIK FÜR ALLGEMEIN- UND VISCERALCHIRURGIE MIT GEFÄSSCHIRURGIE

### B-3.12 Personelle Ausstattung

#### B-3.12.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl
<b>Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)</b>	11,7 Vollkräfte
<b>Davon Fachärzte und Fachärztinnen</b>	5 Vollkräfte

#### Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztqualifikation
AQ06	Allgemeine Chirurgie
AQ07	Gefäßchirurgie
AQ12	Thoraxchirurgie
AQ13	Viszeralchirurgie

Nr.	Zusatzweiterbildung (fakultativ)
ZF00	Zertifizierte Weiterbildung Minimal Invasive Chirurgie (MIC)

KLINIK FÜR ALLGEMEIN- UND VISCERALCHIRURGIE MIT GEFÄSSCHIRURGIE

**B-3.12.2**  
**Pflegepersonal**

	<b>Anzahl</b>	<b>Ausbildungsdauer</b>
<b>Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen</b>	25,5 Vollkräfte	3 Jahre
<b>Pflegehelfer und Pflegehelferinnen</b>	0,5 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs
<b>Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen</b>	1 Vollkraft	3 Jahre
<b>Arzthelferinnen</b>	1 Vollkraft	3 Jahre

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung**

<b>Nr.</b>	<b>Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss</b>
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ08	Operationsdienst

<b>Nr.</b>	<b>Zusatzqualifikation</b>
ZP08	Kinästhetik
ZP10	Mentor und Mentorin
ZP12	Praxisanleitung
ZP14	Schmerzmanagement
ZP15	Stomapflege
ZP16	Wundmanagement

KLINIK FÜR ALLGEMEIN- UND VISCERALCHIRURGIE MIT GEFÄSSCHIRURGIE

**B-3.12.3**

**Spezielles therapeutisches Personal**

<b>Nr.</b>	<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>
SP02	Arzthelfer und Arzthelferin
SP04	Diätassistent und Diätassistentin
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin
SP27	Stomatherapeut und Stomatherapeutin
SP28	<ul style="list-style-type: none"><li>• Wundmanager und Wundmanagerin</li><li>• Wundberater und Wundberaterin</li><li>• Wundexperte und Wundexpertin</li><li>• Wundbeauftragter und Wundbeauftragte</li></ul>

## B-4 Klinik für Hepato - Gastroenterologie

### B-4.1

#### Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

<b>Name der Fachabteilung</b>	Klinik für Hepato - Gastroenterologie
-------------------------------	---------------------------------------

#### Kontaktdaten

<b>Chefarzt/Chefärztin</b>	Prov. Doz. Dr. Franz-Josef Vonnahme
<b>Straße und Nummer</b>	Saint Maur Platz 1
<b>PLZ und Ort</b>	31785 Hameln
<b>Telefon</b>	05151 97-2261
<b>Telefax</b>	05151 97-2108
<b>E-Mail</b>	vonnahme@kreiskrankenhaus-hameln.de
<b>Webadresse</b>	www.kreiskrankenhaus-hameln.de

#### Haupt-/Belegabteilung

<b>Art der Abteilung</b>	Hauptabteilung
--------------------------	----------------

## KLINIK FÜR HEPATO - GASTROENTEROLOGIE

**B-4.2****Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung**

<b>Nr.</b>	<b>Versorgungsschwerpunkte</b>
VC14	Speiseröhrenchirurgie
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen
VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIVassozierten Erkrankungen
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
VI27	Spezialsprechstunde Lebersprechstunde
VR02	Native Sonographie
VR06	Endosonographie
VX00	Sonstige Proktologie, Zertrümmerung von Gallen- und Bauchspeicheldrüsensteinen, interventionelle Endoskopie und Sonographie sowie Therapie der chronischen Hepatitis B und C

## KLINIK FÜR HEPATO - GASTROENTEROLOGIE

### B-4.3

#### Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen

### B-4.5

#### Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1.954
-------------------------	-------

## KLINIK FÜR HEPATO - GASTROENTEROLOGIE

**B-4.6****Diagnosen nach ICD****B-4.6.1****Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD-10 Ziffer*	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	F10	171	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol
2	K29	143	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms
3	K80	122	Gallensteinleiden
4	A09	109	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger
5	K92	58	Sonstige Krankheit des Verdauungstraktes
6	E11	55	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2
7	K57	53	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose
8	R10	51	Bauch- bzw. Beckenschmerzen
9	K85	51	Akute Entzündung der Bauchspeicheldrüse
10	K83	50	Sonstige Krankheit der Gallenwege

\* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

## KLINIK FÜR HEPATO - GASTROENTEROLOGIE

### B-4.7

#### Prozeduren nach OPS

##### B-4.7.1

#### Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-632	1.238	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
2	1-440	862	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung
3	5-513	459	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung
4	1-650	337	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie
5	1-653	332	Untersuchung des Enddarms durch eine Spiegelung
6	8-903	230	Gabe von Medikamenten zur Beruhigung und zur Schmerzausschaltung
7	3-225	227	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel
8	3-226	209	Computertomographie (CT) des Beckens mit Kontrastmittel
9	8-800	178	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
10	1-444	159	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung

### B-4.8

#### Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Nr. der Leistung	Angebotene Leistung
AM04	Ermächtigungsambulanz nach § 116 SGB V	Innere Medizin - Gastroenterologie		Untersuchung und Behandlung in der Gastroenterologie, Hepatologie, Proktologie sowie Endoskopische Untersuchungen

## KLINIK FÜR HEPATO - GASTROENTEROLOGIE

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

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-632	1.193	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
2	1-650	298	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie
3	8-800	156	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
4	1-640	142	Untersuchung der Gallengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms
5	1-651	95	Untersuchung des S-förmigen Abschnitts des Dickdarms durch eine Spiegelung
6	3-200	88	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
7	5-513	75	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung
8	8-930	73	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
9	3-804	33	Kernspintomographie (MRT) des Bauchraumes ohne Kontrastmittel
10	1-653	30	Untersuchung des Enddarms durch eine Spiegelung

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

Nicht vorhanden

## KLINIK FÜR HEPATO - GASTROENTEROLOGIE

**B-4.11**  
**Apparative Ausstattung**

<b>Nr.</b>	<b>Vorhandene Geräte</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>	<b>24h-Notfallverfügbarkeit</b>
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	✓
AA42	Elektronenmikroskop	Mikroskop mit sehr hoher Auflösung	
AA20	Laser		
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	✓
AA27	Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät		✓
AA29	Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/ Duplexsonographiegerät	Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/ farbkodierter Ultraschall	

## KLINIK FÜR HEPATO - GASTROENTEROLOGIE

### B-4.12 Personelle Ausstattung

#### B-4.12.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	
<b>Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)</b>	9	Vollkräfte
<b>Davon Fachärzte und Fachärztinnen</b>	5	Vollkräfte

#### Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztqualifikation
AQ63	Allgemeinmedizin
AQ25	Innere Medizin und SP Endokrinologie und Diabetologie
AQ26	Innere Medizin und SP Gastroenterologie

Nr.	Zusatzweiterbildung (fakultativ)
ZF28	Notfallmedizin
ZF34	Proktologie

## KLINIK FÜR HEPATO - GASTROENTEROLOGIE

### B-4.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	18,7 Vollkräfte	3 Jahre
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	1 Vollkraft	1 Jahr

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
ZP10	Mentor und Mentorin
ZP12	Praxisanleitung
ZP16	Wundmanagement

### B-4.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal
SP02	Arzthelfer und Arzthelferin
SP04	Diätassistent und Diätassistentin
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin
SP23	Psychologe und Psychologin
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin
SP00	Sonstiges Suchtberatung

## B-5 Klinik für Kardiologie und internistische Intensivmedizin

### B-5.1

#### Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

<b>Name der Fachabteilung</b>	Klinik für Kardiologie und internistische Intensivmedizin
-------------------------------	---

#### Kontaktdaten

<b>Chefarzt/Chefärztin</b>	Dr. med. Hubert Topp
<b>Straße und Nummer</b>	Saint Maur Platz 1
<b>PLZ und Ort</b>	31785 Hameln
<b>Telefon</b>	05151 97-2205
<b>Telefax</b>	05151 97-2067
<b>E-Mail</b>	topp@kreiskrankenhaus-hameln.de
<b>Webadresse</b>	www.kreiskrankenhaus-hameln.de

#### Haupt-/Belegabteilung

<b>Art der Abteilung</b>	Hauptabteilung
--------------------------	----------------

## KLINIK FÜR KARDIOLOGIE UND INTERNISTISCHE INTENSIVMEDIZIN

**B-5.2****Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung**

<b>Nr.</b>	<b>Versorgungsschwerpunkte</b>
VC05	Schrittmachereingriffe
VC06	Defibrillatoreingriffe
VC17	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
VI20	Intensivmedizin
VI21	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VI27	Spezialsprechstunde Schrittmacherkontrollen, Defibrillatorkontrollen, Synkopendiagnostik
VI00	Sonstige Diagnostik und Behandlung von Herzrhythmusstörungen einschließlich elektrophysiologischer Untersuchung (EPU), Abklärung von Synkopen

## KLINIK FÜR KARDIOLOGIE UND INTERNISTISCHE INTENSIVMEDIZIN

### B-5.3

#### Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen

### B-5.5

#### Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	4.967
-------------------------	-------

### B-5.6

#### Diagnosen nach ICD

#### B-5.6.1

#### Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10 Ziffer*	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I20	581	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust – Angina pectoris
2	I25	523	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens
3	I50	460	Herzschwäche
4	I21	290	Akuter Herzinfarkt
5	I48	250	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens
6	I10	237	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache
7	R55	216	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps
8	J44	165	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD
9	I63	159	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn – Hirninfarkt
10	J18	141	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet

\* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierichtlinien

## KLINIK FÜR KARDIOLOGIE UND INTERNISTISCHE INTENSIVMEDIZIN

### B-5.7

#### Prozeduren nach OPS

#### B-5.7.1

#### Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-275	1.630	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)
2	8-837	1.129	Behandlung am Herzen bzw. den Herzkranzgefäßen mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)
3	8-930	1.031	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
4	3-200	774	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
5	8-980	598	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)
6	1-710	549	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie
7	8-831	382	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist
8	3-824	350	Kernspintomographie (MRT) des Herzens mit Kontrastmittel
9	1-266	297	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)
10	8-931	228	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck)

### B-5.8

#### Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Nr. der Leistung	Angeborene Leistung
AM04	Ermächtigungsambulanz nach § 116 SGB V Kardiologische Untersuchung und Behandlung, Schrittmacherkontrollen, Defibrillatorkontrollen	Innere Medizin - Kardiologie	

## KLINIK FÜR KARDIOLOGIE UND INTERNISTISCHE INTENSIVMEDIZIN

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

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-275	744	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)
2	1-710	550	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie
3	1-266	163	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)
4	1-272	50	Kombinierte Untersuchung der linken und rechten Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)
5	1-712	16	Messung der Zusammensetzung der Atemluft in Ruhe und unter körperlicher Belastung
6	1-273	10	Untersuchung der rechten Herzhälfte mit einem über die Vene ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)
7	5-378	9	Entfernung, Wechsel bzw. Korrektur eines Herzschrittmachers oder Defibrillators
8	1-204	6	Untersuchung der Hirnwasserräume
9	5-377	6	Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator)
10	1-711	≤ 5	Bestimmung der Menge von Kohlenmonoxid, die durch die Lunge aufgenommen und abgegeben wird

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

Nicht vorhanden

## KLINIK FÜR KARDIOLOGIE UND INTERNISTISCHE INTENSIVMEDIZIN

**B-5.11**  
**Apparative Ausstattung**

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h-Notfallverfügbarkeit
AA01	Angiographiegerät/DAS	Gerät zur Gefäßdarstellung	
AA03	Belastungs-EKG/Ergometrie	Belastungstest mit Herzstrommessung	
AA05	Bodyplethysmograph	Umfangreiches Lungenfunktionstestsystem	
AA08	Computertomograph (CT)	Schnittbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	✓
AA13	Geräte der invasiven Kardiologie	Behandlungen mittels Herzkatheter	✓
AA14	Geräte für Nierenersatzverfahren		✓
AA19	Kipptisch		
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	✓
AA28	Schlaflabor		
AA29	Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/ Duplexsonographiegerät	Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/ farbkodierter Ultraschall	
AA31	Spirometrie/Lungenfunktionsprüfung		
AA00	Sonstige	Spiro-Ergometrie (besondere Form des Belastungs-EKG's)	

## KLINIK FÜR KARDIOLOGIE UND INTERNISTISCHE INTENSIVMEDIZIN

### B-5.12 Personelle Ausstattung

#### B-5.12.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	22,1 Vollkräfte
Davon Fachärzte und Fachärztinnen	7 Vollkräfte

#### Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztqualifikation
AQ28	Innere Medizin und SP Kardiologie
AQ63	Allgemeinmedizin

Nr.	Zusatzweiterbildung (fakultativ)
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin
ZF39	Schlafmedizin <a href="#">Zertifikatsweiterbildung in Schlafmedizin</a>
ZF00	Ernährungsmedizin

## KLINIK FÜR KARDIOLOGIE UND INTERNISTISCHE INTENSIVMEDIZIN

### B-5.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	89 Vollkräfte	3 Jahre
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	0,8 Vollkräfte	1 Jahr
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	2,3 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP10	Mentor und Mentorin
ZP12	Praxisanleitung
ZP16	Wundmanagement

### B-5.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal
SP02	Arzthelfer und Arzthelferin
SP04	Diätassistent und Diätassistentin
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin
SP28	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wundmanager und Wundmanagerin</li> <li>• Wundberater und Wundberaterin</li> <li>• Wundexperte und Wundexpertin</li> <li>• Wundbeauftragter und Wundbeauftragte</li> </ul>

## B-6 Klinik für Pädiatrie

### B-6.1

#### Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

<b>Name der Fachabteilung</b>	Klinik für Pädiatrie
-------------------------------	----------------------

#### Kontaktdaten

<b>Chefarzt/Chefärztin</b>	Dr. med. Philipp von Blanckenburg
<b>Straße und Nummer</b>	Saint Maur Platz 1
<b>PLZ und Ort</b>	31785 Hameln
<b>Telefon</b>	05151 97-2201
<b>Telefax</b>	05151 97-2125
<b>E-Mail</b>	vblanckenburg@kreiskrankenhaus-hameln.de
<b>Webadresse</b>	www.kreiskrankenhaus-hameln.de

#### Haupt-/Belegabteilung

<b>Art der Abteilung</b>	Hauptabteilung
--------------------------	----------------

## KLINIK FÜR PÄDIATRIE

## B-6.2

## Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VK01	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen
VK03	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßkrankungen
VK04	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrische Nierenerkrankungen
VK05	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)
VK06	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
VK07	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VK11	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) hämatologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
VK12	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin
VK13	Diagnostik und Therapie von Allergien
VK15	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen
VK16	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen
VK17	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen
VK20	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
VK22	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener
VK23	Versorgung von Mehrlingen
VK24	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärzten und Frauenärztinnen
VK25	Neugeborenencreening
VK26	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter
VK27	Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter

&gt;&gt;

KLINIK FÜR PÄDIATRIE

>> **B-6.2**  
**Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung**

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VX00	Sonstige Kinderchirurgische Notfallbehandlung in Zusammenarbeit mit den Kliniken für Unfallchirurgie, Plastischer Chirurgie und Orthopädie sowie Allgemein- und Visceralchirurgie
VX00	Sonstige Diabetes mellitus Typ 1: Diabetologe DDG, Krampfleiden: EEG Ableitung mit Videoüberwachung, Asthmabehandlung: ausgebildeter Asthmatrainer

**B-6.3**  
**Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
MP00	Diabetiker Schulung
MP00	Sonstiges Asthma-Training

**B-6.4**  
**Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

Nr.	Serviceangebot
SA09	Unterbringung Begleitperson
SA00	Sonstiges Spielzimmer, Fernseher in den Zimmern

## KLINIK FÜR PÄDIATRIE

**B-6.5****Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung**

<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	2.440
--------------------------------	-------

**B-6.6****Diagnosen nach ICD****B-6.6.1****Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD-10 Ziffer*	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	A09	411	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger
2	S06	173	Verletzung des Schädelinneren
3	J18	163	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
4	A08	108	Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Viren oder sonstige Krankheitserreger
5	S00	81	Oberflächliche Verletzung des Kopfes
6	J06	80	Akute Entzündung an mehreren Stellen oder einer nicht angegebenen Stelle der oberen Atemwege
7	P07	72	Störung aufgrund kurzer Schwangerschaftsdauer oder niedrigem Geburtsgewicht
8	K35	55	Akute Blinddarmentzündung
9	S30	49	Oberflächliche Verletzung des Bauches, der Lenden bzw. des Beckens
10	R55	46	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps

\* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

## KLINIK FÜR PÄDIATRIE

**B-6.7****Prozeduren nach OPS****B-6.7.1****Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-016	1.211	Künstliche Ernährung über die Vene als medizinische Hauptbehandlung
2	8-930	954	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
3	1-208	148	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)
4	8-010	143	Gabe von Medikamenten bzw. Salzlösungen über die Gefäße bei Neugeborenen
5	1-207	140	Messung der Gehirnströme - EEG
6	9-262	121	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt
7	1-422	81	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) am Rachen ohne operativen Einschnitt
8	3-820	59	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel
9	8-560	46	Anwendung von natürlichem oder künstlichem Licht zu Heilzwecken - Lichttherapie
10	8-121	32	Darmspülung

**B-6.8****Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Nr. der Leistung	Angebotene Leistung
AM04	Ermächtigungsambulanz nach § 116 SGB V Dr. v. Blanckenburg	Diabetessprechstunde		

## KLINIK FÜR PÄDIATRIE

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

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-640	14	Operation an der Vorhaut des Penis
2	5-530	6	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)
3	5-787	6	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden
4	1-652	≤ 5	Untersuchung des Darmes durch eine Spiegelung über einen künstlichen Darmausgang
5	5-913	≤ 5	Entfernung oberflächlicher Hautschichten
6	5-898	≤ 5	Operation am Nagel
7	5-895	≤ 5	Ausgedehnte operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut
8	5-894	≤ 5	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut
9	5-849	≤ 5	Sonstige Operation an der Hand
10	5-259	≤ 5	Sonstige Operation an der Zunge

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

Nicht vorhanden

## KLINIK FÜR PÄDIATRIE

**B-6.11****Apparative Ausstattung**

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h-Notfallverfügbarkeit
AA05	Bodyplethysmograph	Umfangreiches Lungenfunktionstestsystem	
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	
AA29	Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/ Duplexsonographiegerät	Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/ farbkodierter Ultraschall	
AA31	Spirometrie/Lungenfunktionsprüfung		

**B-6.12****Personelle Ausstattung****B-6.12.1****Ärzte und Ärztinnen**

	Anzahl
<b>Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)</b>	13 Vollkräfte
<b>Davon Fachärzte und Fachärztinnen</b>	5 Vollkräfte

## KLINIK FÜR PÄDIATRIE

### B-6.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Erzieherin	1 Person	

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ02	Diplom
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ09	Pädiatrische Intensivpflege

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP10	Mentor und Mentorin
ZP12	Praxisanleitung

### B-6.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal
SP06	Erzieher und Erzieherin

## B-7 Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie

### B-7.1

#### Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

<b>Name der Fachabteilung</b>	Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie
-------------------------------	---

#### Kontaktdaten

<b>Chefarzt/Chefärztin</b>	Dr. med. Sixtus Allert
<b>Straße und Nummer</b>	Saint Maur Platz 1
<b>PLZ und Ort</b>	31785 Hameln
<b>Telefon</b>	05151 97-1245
<b>Telefax</b>	05151 97-2065
<b>E-Mail</b>	allert@kreiskrankenhaus-hameln.de
<b>Webadresse</b>	www.kreiskrankenhaus-hameln.de

#### Haupt-/Belegabteilung

<b>Art der Abteilung</b>	Hauptabteilung
--------------------------	----------------

## KLINIK FÜR PLASTISCHE UND ÄSTHETISCHE CHIRURGIE

### B-7.2

#### Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VA15	Plastische Chirurgie
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
VC58	Spezialsprechstunde
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
VD08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
VG04	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
VH06	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
VH13	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
VH21	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
VH22	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
VK19	Kindertraumatologie
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
VX00	Sonstige Ästhetische Chirurgie

### B-7.3

#### Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse Adipositasvermeidung/Gewichtsreduktion durch Verhaltensänderung
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen

## KLINIK FÜR PLASTISCHE UND ÄSTHETISCHE CHIRURGIE

### B-7.5

#### Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	486
--------------------------------	-----

### B-7.6

#### Diagnosen nach ICD

#### B-7.6.1

#### Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10 Ziffer*	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C44	163	Sonstiger Hautkrebs
2	C50	30	Brustkrebs
3	N62	25	Übermäßige Vergrößerung der Brustdrüse
4	G56	24	Funktionsstörung eines Nervs am Arm bzw. an der Hand
5	E65	21	Fettpolster
6	M72	20	Gutartige Geschwulstbildung des Bindegewebes
7	M18	17	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Daumensattelgelenkes
8	L89	15	Druckgeschwür - Dekubitus
9	D17	11	Gutartiger Tumor des Fettgewebes
10	L72	9	Flüssigkeitsgefüllter Hohlraum (Zyste) der Haut bzw. Unterhaut

\* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

## KLINIK FÜR PLASTISCHE UND ÄSTHETISCHE CHIRURGIE

**B-7.7****Prozeduren nach OPS****B-7.7.1****Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-903	265	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal
2	5-895	199	Ausgedehnte operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut
3	5-911	48	Operation zur Straffung der Haut bzw. Unterhaut und Entfernung von Fettgewebe, außer im Gesicht
4	5-916	38	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz
5	5-902	30	Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]
6	5-893	28	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut
7	5-056	27	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion
8	5-884	23	Operative Brustverkleinerung
9	5-842	23	Operation an den Bindegewebshüllen der Muskeln und Sehnen an Hand bzw. Fingern
10	5-546	20	Wiederherstellende Operation an der Bauchwand bzw. des Bauchfells (Peritoneum)

**B-7.8****Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Nr. der Leistung	Angebotene Leistung
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V Indikationsstellung vor operativen Eingriffen im Bereich der Plastischen und Ästhetischen Chirurgie sowie der Handchirurgie	Plastisch-Ästhetische und Handchirurgische Ambulanz		
AM00	Sonstiges Adipositasambulanz Beratung von Adipositaspatienten	Adipositasprechstunde		

## KLINIK FÜR PLASTISCHE UND ÄSTHETISCHE CHIRURGIE

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

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-895	35	Ausgedehnte operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut
2	5-894	14	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut
3	5-840	13	Operation an den Sehnen der Hand
4	5-911	9	Operation zur Straffung der Haut bzw. Unterhaut und Entfernung von Fettgewebe, außer im Gesicht
5	5-903	9	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal
6	5-841	8	Operation an den Bändern der Hand
7	5-056	≤ 5	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion
8	5-787	≤ 5	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden
9	5-882	≤ 5	Operation an der Brustwarze
10	5-844	≤ 5	Erneute operative Begutachtung und Behandlung der Gelenke der Hand außer dem Handgelenk

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

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

## KLINIK FÜR PLASTISCHE UND ÄSTHETISCHE CHIRURGIE

**B-7.11****Apparative Ausstattung**

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h-Notfallverfügbarkeit
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	✓
AA20	Laser	CO <sub>2</sub> Laser	
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	✓
AA27	Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät		✓
AA00	OP-Mikroskop		

**B-7.12****Personelle Ausstattung****B-7.12.1****Ärzte und Ärztinnen**

	Anzahl
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	5,8 Vollkräfte
Davon Fachärzte und Fachärztinnen	2 Vollkräfte

**Fachexpertise der Abteilung**

Nr.	Facharztqualifikation
AQ06	Allgemeine Chirurgie
AQ11	Plastische und Ästhetische Chirurgie

Nr.	Zusatzweiterbildung (fakultativ)
ZF12	Handchirurgie
ZF28	Notfallmedizin

## KLINIK FÜR PLASTISCHE UND ÄSTHETISCHE CHIRURGIE

### B-7.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	8,3 Vollkräfte	3 Jahre
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	1 Vollkraft	1 Jahr
Arzthelferinnen (stationär und ambulant)	3 Vollkräfte	

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ08	Operationsdienst

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP10	Mentor und Mentorin
ZP12	Praxisanleitung
ZP16	Wundmanagement

### B-7.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal
SP04	Diätassistent und Diätassistentin
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin
SP28	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wundmanager und Wundmanagerin</li> <li>• Wundberater und Wundberaterin</li> <li>• Wundexperte und Wundexpertin</li> <li>• Wundbeauftragter und Wundbeauftragte</li> </ul>

## B-8 Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie

### B-8.1

#### Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

<b>Name der Fachabteilung</b>	Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie
-------------------------------	---

#### Kontaktdaten

<b>Chefarzt/Chefärztin</b>	Professor Dr. Winfried Berner
<b>Straße und Nummer</b>	Saint Maur Platz 1
<b>PLZ und Ort</b>	31785 Hameln
<b>Telefon</b>	05151 97-2221
<b>Telefax</b>	05151 97-2148
<b>E-Mail</b>	berner@kreiskrankenhaus-hameln.de
<b>Webadresse</b>	www.kreiskrankenhaus-hameln.de

#### Haupt-/Belegabteilung

<b>Art der Abteilung</b>	Hauptabteilung
--------------------------	----------------

## KLINIK FÜR UNFALLCHIRURGIE UND ORTHOPÄDIE

**B-8.2****Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung**

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VX00	Sonstige Stoßwellentherapie bei Erkrankungen des Bewegungsapparates
VC13	Operationen wegen Thoraxtrauma
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
VC30	Septische Knochenchirurgie
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
VC45	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
VC49	Chirurgie der Bewegungsstörungen
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven
VC53	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens

&gt;&gt;

## KLINIK FÜR UNFALLCHIRURGIE UND ORTHOPÄDIE

### >> **B-8.2** **Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung**

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel- Skelett-Systems und des Bindegewebes
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
VO13	Spezialsprechstunde

### **B-8.3** **Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
MP11	Bewegungstherapie
MP24	Manuelle Lymphdrainage
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik

## KLINIK FÜR UNFALLCHIRURGIE UND ORTHOPÄDIE

### B-8.5

#### Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	1.870
--------------------------------	-------

### B-8.6

#### Diagnosen nach ICD

#### B-8.6.1

#### Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10 Ziffer*	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	S72	207	Knochenbruch des Oberschenkels
2	S06	182	Verletzung des Schädelinneren
3	S82	140	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
4	S52	133	Knochenbruch des Unterarmes
5	S32	132	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens
6	S42	108	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms
7	M17	93	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes
8	S22	91	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule
9	M16	83	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes
10	T84	55	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken

\* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien



## KLINIK FÜR UNFALLCHIRURGIE UND ORTHOPÄDIE

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

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-812	146	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung
2	5-787	114	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden
3	5-790	70	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen
4	8-158	21	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in ein Gelenk mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit
5	5-814	21	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks durch eine Spiegelung
6	5-810	13	Erneute Operation eines Gelenks durch eine Spiegelung
7	5-795	13	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs an kleinen Knochen
8	8-200	12	Nichtoperatives Einrichten (Reposition) eines Bruchs ohne operative Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten
9	5-840	12	Operation an den Sehnen der Hand
10	5-813	11	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern im Kniegelenk durch eine Spiegelung

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

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

## KLINIK FÜR UNFALLCHIRURGIE UND ORTHOPÄDIE

**B-8.11****Apparative Ausstattung**

<b>Nr.</b>	<b>Vorhandene Geräte</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>	<b>24h-Notfallverfügbarkeit</b>
AA01	Angiographiegerät/DAS	Gerät zur Gefäßdarstellung	
AA07	Cell Saver	Eigenblutauflbereitungsgeserät	
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	✓
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	✓
AA24	OP-Navigationsgerät		
AA27	Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät		✓
AA29	Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/ Duplexsonographiegerät	Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/ farbkodierter Ultraschall	

## KLINIK FÜR UNFALLCHIRURGIE UND ORTHOPÄDIE

### B-8.12 Personelle Ausstattung

#### B-8.12.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl
<b>Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)</b>	13,6 Vollkräfte
<b>Davon Fachärzte und Fachärztinnen</b>	5 Vollkräfte

#### Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztqualifikation
AQ06	Allgemeine Chirurgie
AQ61	Orthopädie
AQ62	Unfallchirurgie

Nr.	Zusatzweiterbildung (fakultativ)
ZF12	Handchirurgie
ZF28	Notfallmedizin
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie
ZF38	Röntgendiagnostik
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie
ZF44	Sportmedizin

## KLINIK FÜR UNFALLCHIRURGIE UND ORTHOPÄDIE

### B-8.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	17,4 Vollkräfte	3 Jahre
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	1,5 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	1 Vollkraft	3 Jahre

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ08	Operationsdienst

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP08	Kinästhetik
ZP10	Mentor und Mentorin
ZP12	Praxisanleitung
ZP14	Schmerzmanagement

KLINIK FÜR UNFALLCHIRURGIE UND ORTHOPÄDIE

**B-8.12.3**  
**Spezielles therapeutisches Personal**

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal
SP02	Arzthelfer und Arzthelferin
SP04	Diätassistent und Diätassistentin
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin
SP28	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wundmanager und Wundmanagerin</li> <li>• Wundberater und Wundberaterin</li> <li>• Wundexperte und Wundexpertin</li> <li>• Wundbeauftragter und Wundbeauftragte</li> </ul>

## B-9 Klinik für Urologie

### B-9.1

#### Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

<b>Name der Fachabteilung</b>	Klinik für Urologie
-------------------------------	---------------------

#### Kontaktdaten

<b>Chefarzt/Chefärztin</b>	Dr. med. Michael Baumann
<b>Straße und Nummer</b>	Saint Maur Platz 1
<b>PLZ und Ort</b>	31785 Hameln
<b>Telefon</b>	05151 97-2211
<b>Telefax</b>	05151 97-2129
<b>E-Mail</b>	baumann@kreiskrankenhaus-hameln.de
<b>Webadresse</b>	www.kreiskrankenhaus-hameln.de

#### Haupt-/Belegabteilung

<b>Art der Abteilung</b>	Hauptabteilung
--------------------------	----------------

## KLINIK FÜR UROLOGIE

**B-9.2****Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung**

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VU13	Tumorchirurgie radikale Tumorchirurgie
VX00	Sonstige Botox Injektionen in die Harnblase bei überaktiver Blase, Fluoreszenzystoskopie - Resektion
VU01	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
VU07	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
VU08	Kinderurologie
VU10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
VU11	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
VU12	Minimalinvasive endoskopische Operationen

**B-9.3****Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
MP45	Stomatherapie/-beratung
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen

## KLINIK FÜR UROLOGIE

### B-9.5

#### Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1.268
-------------------------	-------

### B-9.6

#### Diagnosen nach ICD

#### B-9.6.1

#### Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10 Ziffer*	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C67	223	Harnblasenkrebs
2	N20	193	Stein im Nierenbecken bzw. Harnleiter
3	C61	137	Prostatakrebs
4	N40	129	Gutartige Vergrößerung der Prostata
5	N13	107	Harnstau aufgrund einer Abflussbehinderung bzw. Harnrückfluss in Richtung Niere
6	N30	74	Entzündung der Harnblase
7	N45	28	Hodenentzündung bzw. Nebenhodenentzündung
8	R31	26	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Blutausscheidung im Urin
9	N43	26	Flüssigkeitsansammlung in den Hodenhüllen bzw. mit spermienhaltiger Flüssigkeit gefülltes Nebenhodenbläschen
10	N41	24	Entzündliche Krankheit der Prostata

\* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

## KLINIK FÜR UROLOGIE

**B-9.7****Prozeduren nach OPS****B-9.7.1****Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-573	337	Operative(r) Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre
2	8-137	255	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschiene
3	8-110	170	Harnsteinertrümmerung in Niere und Harnwegen durch von außen zugeführte Stoßwellen
4	1-661	167	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung
5	1-464	117	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus den männlichen Geschlechtsorganen durch den Mastdarm
6	5-601	114	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe der Prostata durch die Harnröhre
7	5-604	98	Operative Entfernung der Prostata, der Samenblase und der dazugehörigen Lymphknoten
8	3-225	68	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel
9	5-572	64	Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung
10	3-226	60	Computertomographie (CT) des Beckens mit Kontrastmittel

**B-9.8****Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Nr. der Leistung	Angeborene Leistung
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V Diagnostik und Therapie auf dem Gebiet der Urologie	Urologische Ambulanz		

## KLINIK FÜR UROLOGIE

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

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-137	202	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschiene
2	5-640	122	Operation an der Vorhaut des Penis
3	1-661	104	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung
4	1-464	32	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus den männlichen Geschlechtsorganen durch den Mastdarm
5	5-630	23	Operative Behandlung einer Krampfadern des Hodens bzw. eines Wasserbruchs (Hydrocele) im Bereich des Samenstranges
6	5-636	19	Operative(r) Zerstörung, Verschluss oder Entfernung des Samenleiters - Sterilisationsoperation beim Mann
7	5-562	16	Operativer Einschnitt in die Harnleiter bzw. Steinentfernung bei einer offenen Operation oder bei einer Spiegelung
8	5-572	14	Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung
9	8-110	12	Harnsteinzertrümmerung in Niere und Harnwegen durch von außen zugeführte Stoßwellen
10	5-582	9	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Harnröhre

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

Nicht vorhanden

## KLINIK FÜR UROLOGIE

**B-9.11****Apparative Ausstattung**

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h-Notfallverfügbarkeit
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	
AA12	Gastroenterologisches Endoskop	Gerät zur Magen-Darm-Spiegelung	
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	✓
AA29	Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/ Duplexsonographiegerät	Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/ farbkodierter Ultraschall	
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung		

**B-9.12****Personelle Ausstattung****B-9.12.1****Ärzte und Ärztinnen**

	Anzahl
<b>Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)</b>	6 Vollkräfte
<b>Davon Fachärzte und Fachärztinnen</b>	3 Vollkräfte

**Fachexpertise der Abteilung**

Nr.	Facharztqualifikation
AQ60	Urologie

## KLINIK FÜR UROLOGIE

### B-9.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	6,4 Vollkräfte	3 Jahre
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	0,5 Vollkräfte	3 Jahre

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ08	Operationsdienst

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP10	Mentor und Mentorin
ZP12	Praxisanleitung
ZP14	Schmerzmanagement
ZP15	Stomapflege
ZP16	Wundmanagement

KLINIK FÜR UROLOGIE

**B-9.12.3**  
**Spezielles therapeutisches Personal**

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal
SP02	Arzthelfer und Arzthelferin
SP04	Diätassistent und Diätassistentin
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin
SP27	Stomatherapeut und Stomatherapeutin
SP47	Urotherapeut und Urotherapeutin
SP28	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wundmanager und Wundmanagerin</li> <li>• Wundberater und Wundberaterin</li> <li>• Wundexperte und Wundexpertin</li> <li>• Wundbeauftragter und Wundbeauftragte</li> </ul>

## B-10 Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin

### B-10.1

#### Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

<b>Name der Fachabteilung</b>	Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin
-------------------------------	---

#### Kontaktdaten

<b>Chefarzt/Chefärztin</b>	Professor Dr. Wolfgang Seitz
<b>Straße und Nummer</b>	Saint Maur Platz 1
<b>PLZ und Ort</b>	31785 Hameln
<b>Telefon</b>	05151 97-2251
<b>Telefax</b>	05151 97-2141
<b>E-Mail</b>	seitz@kreiskrankenhaus-hameln.de
<b>Webadresse</b>	www.kreiskrankenhaus-hameln.de

#### Haupt-/Belegabteilung

<b>Art der Abteilung</b>	Nicht bettenführend/sonstige Organisationseinheit
--------------------------	---

## KLINIK FÜR ANÄSTHESIE UND OPERATIVE INTENSIVMEDIZIN

### B-10.2

#### Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VI20	Intensivmedizin
VI00	Sonstige Anästhesie für alle Fachabteilungen, Notfallmedizin, Beteiligung am Notarztsystem des Landkreises, Stellen des leitenden Notarztes

### B-10.3

#### Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP24	Manuelle Lymphdrainage
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
MP37	Schmerztherapie/-management
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen

### B-10.5

#### Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	828
--------------------------------	-----

KLINIK FÜR ANÄSTHESIE UND OPERATIVE INTENSIVMEDIZIN

**B-10.6**  
**Diagnosen nach ICD**

Trifft nicht zu

**B-10.7**  
**Prozeduren nach OPS**

Trifft nicht zu

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

	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Nr. der Leistung	Angebotene Leistung
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V Behandlung chronischer Schmerzzustände	Schmerzambulanz		
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V Ausübung tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie im Rahmen der Behandlung von Schmerzpatienten	Schmerzambulanz		

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

Trifft nicht zu

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

Nicht vorhanden

## KLINIK FÜR ANÄSTHESIE UND OPERATIVE INTENSIVMEDIZIN

**B-10.11****Apparative Ausstattung**

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h-Notfallverfügbarkeit
AA07	Cell Saver	Eigenblutaufbereitungsgerät	
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	✓
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	
AA12	Gastroenterologisches Endoskop	Gerät zur Magen-Darm-Spiegelung Bronchoskopie	
AA14	Geräte für Nierenersatzverfahren		✓
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	✓
AA27	Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät		✓
AA29	Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/ Duplexsonographiegerät	Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/ farbkodierter Ultraschall	
AA00	Sonstige	kontrollierte und assistierte Beatmung, nicht-invasive Beatmung	

## KLINIK FÜR ANÄSTHESIE UND OPERATIVE INTENSIVMEDIZIN

### B-10.12 Personelle Ausstattung

#### B-10.12.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	21,4 Vollkräfte
Davon Fachärzte und Fachärztinnen	16,6 Vollkräfte

#### Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztqualifikation
AQ01	Anästhesiologie

Nr.	Zusatzweiterbildung (fakultativ)
ZF01	Qualitätsmanagement
ZF02	Akupunktur
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin
ZF42	Spezielle Schmerztherapie

## KLINIK FÜR ANÄSTHESIE UND OPERATIVE INTENSIVMEDIZIN

### B-10.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	30,1 Vollkräfte	3 Jahre
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	2 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP02	Bobath
ZP08	Kinästhetik
ZP12	Praxisanleitung
ZP14	Schmerzmanagement
ZP16	Wundmanagement

KLINIK FÜR ANÄSTHESIE UND OPERATIVE INTENSIVMEDIZIN

**B-10.12.3**

**Spezielles therapeutisches Personal**

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal
SP04	Diätassistent und Diätassistentin
SP43	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medizinisch-technischer Assistent und Medizinisch-technische Assistentin</li> <li>• Funktionspersonal</li> </ul>
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin
SP23	Psychologe und Psychologin
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin
SP28	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wundmanager und Wundmanagerin</li> <li>• Wundberater und Wundberaterin</li> <li>• Wundexperte und Wundexpertin</li> <li>• Wundbeauftragter und Wundbeauftragte</li> </ul>

## B-11 Belegabteilung Augenheilkunde

### B-11.1

#### Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

<b>Name der Fachabteilung</b>	Belegabteilung Augenheilkunde
-------------------------------	-------------------------------

#### Kontaktdaten

<b>Chefarzt/Chefärztin</b>	Dr. med. Franck Morche Dr. med. Tilmann Weinreich
<b>Straße und Nummer</b>	Wilhelmstr. 5
<b>PLZ und Ort</b>	31785 Hameln
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.kreiskrankenhaus-hameln.de">www.kreiskrankenhaus-hameln.de</a>

#### Haupt-/Belegabteilung

<b>Art der Abteilung</b>	Belegabteilung
--------------------------	----------------

## BELEGABTEILUNG AUGENHEILKUNDE

### B-11.2

#### Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
VA03	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
VA04	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
VA05	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
VA07	Diagnostik und Therapie des Glaukoms
VA10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern

### B-11.3

#### Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP38	Sehschule/Orthoptik Im Rahmen der Nachbehandlung in der Belegarztpraxis

### B-11.5

#### Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	99
-------------------------	----

## BELEGABTEILUNG AUGENHEILKUNDE

**B-11.6****Diagnosen nach ICD****B-11.6.1****Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD-10 Ziffer*	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	H25	86	Grauer Star im Alter - Katarakt
2	H26	≤ 5	Sonstiger Grauer Star
3	H02	≤ 5	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung des Augenlides
4	S05	≤ 5	Verletzung des Auges bzw. der knöchernen Augenhöhle
5	H44	≤ 5	Krankheit bzw. Veränderung des Augapfels
6	H40	≤ 5	Grüner Star - Glaukom
7	H27	≤ 5	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung der Augenlinse
8	E11	≤ 5	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2
9	H17	≤ 5	Narbe bzw. Trübung der Hornhaut des Auges
10	H11	≤ 5	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung der Bindehaut des Auges

\* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

## BELEGABTEILUNG AUGENHEILKUNDE

**B-11.7**  
**Prozeduren nach OPS****B-11.7.1**  
**Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-984	92	Operation unter Verwendung optischer Vergrößerungshilfen, z.B. Lupenbrille, Operationsmikroskop
2	5-144	90	Operative Entfernung der Augenlinse ohne ihre Linsenkapsel
3	5-133	9	Senkung des Augeninnendrucks im Auge durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation
4	5-093	≤ 5	Korrekturoperation bei Ein- bzw. Auswärtsdrehung des Augenlides
5	5-158	≤ 5	Operative Entfernung des Glaskörpers des Auges und nachfolgender Ersatz mit Zugang über den Strahlenkörper
6	5-112	≤ 5	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Bindehaut des Auges
7	5-129	≤ 5	Sonstige Operation an der Hornhaut des Auges
8	3-200	≤ 5	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
9	5-146	≤ 5	Einführung oder Wechsel einer künstlichen Augenlinse
10	5-147	≤ 5	Erneuerung oder Entfernung einer künstlichen Augenlinse

## BELEGABTEILUNG AUGENHEILKUNDE

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

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-144	224	Operative Entfernung der Augenlinse ohne ihre Linsenkapsel
2	5-090	21	Operativer Einschnitt in das (erkrankte) Augenlid
3	5-091	13	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe des Augenlides
4	5-093	9	Korrekturoperation bei Ein- bzw. Auswärtsdrehung des Augenlides
5	5-097	8	Lidstraffung
6	8-170	≤ 5	Behandlung durch Spülung (Lavage) des Auges
7	5-122	≤ 5	Operation bei dreieckigen Bindehautfalten im Bereich der Lidspalte des Auges (Pterygium)
8	5-995	≤ 5	Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Operation nicht komplett durchgeführt)
9	5-895	≤ 5	Ausgedehnte operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut
10	8-149	≤ 5	Sonstige Behandlung durch Einbringen eines Röhrchens oder eines Schlauches (Kanüle oder Katheter)

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

Nicht vorhanden

**B-11.11****Apparative Ausstattung**

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h-Notfallverfügbarkeit
AA00	Sonstige	Lasereinheit und Augenarzt OP-Modul mit OP Mikroskop	✓

## BELEGABTEILUNG AUGENHEILKUNDE

### B-11.12 Personelle Ausstattung

#### B-11.12.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	2 Personen

#### Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztqualifikation
AQ04	Augenheilkunde

#### B-11.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	1,5 Vollkräfte	3 Jahre
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	0,5 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs

## B-12 Belegabteilung Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

### B-12.1

#### Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

<b>Name der Fachabteilung</b>	Belegabteilung Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
-------------------------------	--

#### Kontaktdaten

<b>Chefarzt/Chefärztin</b>	Markus Kurbach
<b>Straße und Nummer</b>	Wilhelmstr. 5
<b>PLZ und Ort</b>	31785 Hameln
<b>Telefon</b>	05151 97-1203
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.kreiskrankenhaus-hameln.de">www.kreiskrankenhaus-hameln.de</a>

#### Haupt-/Belegabteilung

<b>Art der Abteilung</b>	Belegabteilung
--------------------------	----------------

BELEGABTEILUNG HALS-, NASEN-, OHRENHEILKUNDE

**B-12.2**

**Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung**

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VH01	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
VH02	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
VH03	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
VH04	Mittelohrchirurgie
VH09	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
VH10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
VH13	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
VH14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
VH15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen

**B-12.5**

**Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung**

<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	339
--------------------------------	-----

## BELEGABTEILUNG HALS-, NASEN-, OHRENHEILKUNDE

**B-12.6****Diagnosen nach ICD****B-12.6.1****Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD-10 Ziffer*	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	J34	102	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen
2	J35	75	Anhaltende (chronische) Krankheit der Gaumen- bzw. Rachenmandeln
3	H91	52	Sonstiger Hörverlust
4	H93	29	Sonstige Krankheit des Ohres
5	H81	17	Störung des Gleichgewichtsorgans
6	J32	12	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung
7	J38	10	Krankheit der Stimmlippen bzw. des Kehlkopfes
8	J36	9	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in Umgebung der Mandeln
9	R42	≤ 5	Schwindel bzw. Taumel
10	S02	≤ 5	Knochenbruch des Schädels bzw. der Gesichtsschädelknochen

\* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

## BELEGABTEILUNG HALS-, NASEN-, OHRENHEILKUNDE

**B-12.7****Prozeduren nach OPS****B-12.7.1****Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-215	245	Operation an der unteren Nasenmuschel
2	5-200	114	Operativer Einschnitt in das Trommelfell
3	5-214	76	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand
4	5-285	57	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)
5	5-281	42	Operative Entfernung der Gaumenmandeln (ohne Entfernung der Rachenmandel) - Tonsillektomie ohne Adenotomie
6	3-820	35	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel
7	5-300	29	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Kehlkopfes
8	5-221	28	Operation an der Kieferhöhle
9	5-222	17	Operation am Siebbein bzw. an der Keilbeinhöhle
10	5-216	9	Operatives Einrichten (Reposition) eines Nasenbruchs

## BELEGABTEILUNG HALS-, NASEN-, OHRENHEILKUNDE

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

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-285	≤ 5	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)
2	5-184	≤ 5	Operative Korrektur absteher Ohren
3	5-185	≤ 5	Operative Formung bzw. wiederherstellende Operation am äußeren Gehörgang
4	5-200	≤ 5	Operativer Einschnitt in das Trommelfell
5	5-209	≤ 5	Sonstige Operation am Mittel- bzw. Innenohr
6	5-270	≤ 5	Äußerer operativer Einschnitt und Einlage eines Wundröhrchens zur Flüssigkeitsableitung im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich
7	5-278	≤ 5	Operative Entfernung der Wange mit Wiederherstellung
8	5-281	≤ 5	Operative Entfernung der Gaumenmandeln (ohne Entfernung der Rachenmandel) - Tonsillektomie ohne Adenotomie

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

Nicht vorhanden

**B-12.11****Apparative Ausstattung**

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h-Notfallverfügbarkeit
AA12	Gastroenterologische Endoskop	Gerät zur Magen-Darm-Spiegelung	✓
AA27	Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät		✓
AA00	Sonstige	OP Mikroskop	✓

## BELEGABTEILUNG HALS-, NASEN-, OHRENHEILKUNDE

### B-12.12 Personelle Ausstattung

#### B-12.12.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	1 Person

#### Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztqualifikation
AQ18	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

#### B-12.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	2,5 Vollkräfte	3 Jahre

## B-13 Belegabteilung Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie

### B-13.1

#### Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

<b>Name der Fachabteilung</b>	Belegabteilung Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie
-------------------------------	--

#### Kontaktdaten

<b>Chefarzt/Chefärztin</b>	Dr. Klaus-Peter Seifert
<b>Straße und Nummer</b>	Wilhelmstr. 5
<b>PLZ und Ort</b>	31785 Hameln
<b>Telefon</b>	05151 97-1203
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.kreiskrankenhaus-hameln.de">www.kreiskrankenhaus-hameln.de</a>

#### Haupt-/Belegabteilung

<b>Art der Abteilung</b>	Belegabteilung
--------------------------	----------------

## BELEGABTEILUNG MUND-, KIEFER-, GESICHTSCHIRURGIE

### B-13.2

#### Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
VH15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
VH18	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
VH21	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich

### B-13.5

#### Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	241
-------------------------	-----

## BELEGABTEILUNG MUND-, KIEFER-, GESICHTSCHIRURGIE

**B-13.6****Diagnosen nach ICD****B-13.6.1****Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD-10 Ziffer*	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	K04	120	Krankheit des Zahnmarks bzw. des Gewebes um die Zahnwurzel
2	S02	46	Knochenbruch des Schädels bzw. der Gesichtsschädelknochen
3	J34	6	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen
4	J32	6	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung
5	C04	≤ 5	Mundbodenkrebs
6	T81	≤ 5	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen
7	K12	≤ 5	Entzündung der Mundschleimhaut bzw. verwandte Krankheit
8	C02	≤ 5	Sonstiger Zungenkrebs
9	K10	≤ 5	Sonstige Krankheit des Oberkiefers bzw. des Unterkiefers
10	A46	≤ 5	Wundrose - Erysipel

\* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

## BELEGABTEILUNG MUND-, KIEFER-, GESICHTSCHIRURGIE

**B-13.7****Prozeduren nach OPS****B-13.7.1****Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-230	158	Zahntfernung
2	5-232	140	Zahnsanierung durch Füllung
3	5-241	128	Operative Korrektur des Zahnfleisches
4	5-249	124	Sonstige Operation oder andere Maßnahme an Gebiss, Zahnfleisch bzw. Zahnfächern
5	5-221	80	Operation an der Kieferhöhle
6	5-231	56	Operative Zahntfernung durch Eröffnung des Kieferknochens
7	5-766	48	Operatives Einrichten (Reposition) eines Bruchs der Augenhöhle
8	5-760	46	Operatives Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs des seitlichen Mittelgesichtes, insbesondere von Jochbein bzw. seitlicher Augenhöhlenwand
9	5-214	36	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand
10	5-270	34	Äußerer operativer Einschnitt und Einlage eines Wundröhrchens zur Flüssigkeitsableitung im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich

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

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-230	≤ 5	Zahntfernung

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

Nicht vorhanden

## BELEGABTEILUNG MUND-, KIEFER-, GESICHTSCHIRURGIE

### B-13.11

#### Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h-Notfallverfügbarkeit
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	✓
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	✓

### B-13.12

#### Personelle Ausstattung

#### B-13.12.1

##### Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen

#### Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztqualifikation
AQ40	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

### B-13.12.2

#### Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	2 Vollkräfte	3 Jahre

## B-14 Radiologie

### B-14.1

#### Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

<b>Name der Fachabteilung</b>	Radiologie
-------------------------------	------------

#### Kontaktdaten

<b>Chefarzt/Chefärztin</b>	Dr. J. Lösing
<b>Straße und Nummer</b>	Saint Maur Platz 1
<b>PLZ und Ort</b>	31785 Hameln
<b>Telefon</b>	05151 97-2229
<b>Telefax</b>	05151 97-2273
<b>E-Mail</b>	loesing@kreiskrankenhaus-hameln.de
<b>Webadresse</b>	www.kreiskrankenhaus-hameln.de

#### Haupt-/Belegabteilung

<b>Art der Abteilung</b>	Nicht bettenführend/sonstige Organisationseinheit
--------------------------	---

## RADIOLOGIE

**B-14.2****Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung**

<b>Nr.</b>	<b>Versorgungsschwerpunkte</b>
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen
VR07	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
VR08	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
VR09	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
VR10	Computertomographie (CT), nativ
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren
VR15	Arteriographie
VR16	Phlebographie
VR17	Lymphographie
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
VR28	Intraoperative Anwendung der Verfahren
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern

**B-14.5****Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung**

<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	0
--------------------------------	---

## RADIOLOGIE

### **B-14.6** **Diagnosen nach ICD**

Trifft nicht zu

### **B-14.7** **Prozeduren nach OPS**

Trifft nicht zu

### **B-14.9** **Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

Trifft nicht zu

### **B-14.10** **Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Nicht vorhanden

### **B-14.11** **Apparative Ausstattung**

<b>Nr.</b>	<b>Vorhandene Geräte</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>	<b>24h-Notfall-verfügbarkeit</b>
AA01	Angiographiegerät/DAS	Gerät zur Gefäßdarstellung	
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	✓
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	✓
AA23	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	
AA27	Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät		✓

## RADIOLOGIE

### B-14.12 Personelle Ausstattung

#### B-14.12.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	4	Vollkräfte
Davon Fachärzte und Fachärztinnen	2	Vollkräfte

#### B-14.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl		Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	1	Vollkraft	3 Jahre

#### B-14.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal
SP02	Arzthelfer und Arzthelferin 1 Vollkraft
SP43	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medizinisch-technischer Assistent und Medizinisch-technische Assistentin</li> <li>• Funktionspersonal</li> </ul> 10,6 Vollkräfte

## B-15 Zentrallabor

### B-15.1

#### Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

<b>Name der Fachabteilung</b>	Zentrallabor
-------------------------------	--------------

#### Kontaktdaten

<b>Chefarzt/Chefärztin</b>	Dr. J. Draffehn
<b>Straße und Nummer</b>	Saint Maur Platz 1
<b>PLZ und Ort</b>	31785 Hameln
<b>Telefon</b>	05151 97-2292
<b>Telefax</b>	05151 97-2127
<b>E-Mail</b>	draffehn@kreiskrankenhaus-hameln.de
<b>Webadresse</b>	www.kreiskrankenhaus-hameln.de

#### Haupt-/Belegabteilung

<b>Art der Abteilung</b>	Nicht bettenführend/sonstige Organisationseinheit
--------------------------	---

## ZENTRALLABOR

### **B-15.5** **Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung**

<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	0
--------------------------------	---

### **B-15.6** **Diagnosen nach ICD**

Trifft nicht zu

### **B-15.7** **Prozeduren nach OPS**

Trifft nicht zu

### **B-15.9** **Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

Trifft nicht zu

### **B-15.10** **Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Nicht vorhanden

## ZENTRALLABOR

### B-15.11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h-Notfallverfügbarkeit
AA00	Sonstige	Automatische Probenanalyse, Blutdepot, Mikrobiologische Untersuchungseinheit mit Laminar Air Flow	✓

### B-15.12 Personelle Ausstattung

#### B-15.12.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	0 Vollkräfte

#### B-15.12.2 Pflegepersonal

Trifft nicht zu

ZENTRALLABOR

**B-15.12.3**  
**Spezielles therapeutisches Personal**

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal
SP00	Dr. rer. nat. 1 Vollstelle
SP00	MTA/L 14,6 Vollkräfte



STRUKTURIERTER QUALITÄTSBERICHT  
TEIL C

## Qualitätssicherung

## C-1

## Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (BQS-Verfahren)

## C-1.1.

## Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar Krankenhaus
Herzschrittmacher-Implantation	76	98,7	
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	26	100,0	
Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/-Explantation	8	87,5	
Karotis-Rekonstruktion	36	100,0	
Cholezystektomie	207	98,1	
Gynäkologische Operationen	406	100,0	
Geburtshilfe	1.112	100,0	
Hüftgelenknahe Femurfraktur	138	95,7	
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	90	100,0	
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	8	87,5	
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	80	100,0	
Knie-Totalendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	≤5	100,0	
Mammachirurgie	191	100,0	
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	1.476	100,0	
Dekubitusprophylaxe	1.393	95,5	
Ambulant erworbene Pneumonie	300	85,0	

## QUALITÄTSSICHERUNG

## C-1.2.

## Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren

Leistungsbereich (LB) und Qualitätsindikator (QI)	Kennzahlbezeichnung	Bewertung Strukt. Dialog
<b>Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation:</b> Reoperationen wegen Komplikation	Reoperationen wegen Komplikation	8
<b>Mammachirurgie:</b> Angabe Sicherheitsabstand	Angabe Sicherheitsabstand: bei Mastektomie	8
<b>Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation:</b> Endoprothesenluxation	Endoprothesenluxation	8
<b>Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation:</b> Postoperative Wundinfektion	Postoperative Wundinfektion	8
<b>Koronarangiographie und Perkutane Koronar- intervention (PCI):</b> Indikation zur PCI	Indikation zur PCI	8
<b>Koronarangiographie und Perkutane Koronar- intervention (PCI):</b> Indikation zur Koronarangiographie - Ischämiezeichen	Indikation zur Koronarangiographie - Ischämiezeichen	8
<b>Gynäkologische Operationen:</b> Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie	Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie	8
<b>Mammachirurgie:</b> Intraoperatives Präparatröntgen	Intraoperatives Präparatröntgen	8
<b>Cholezystektomie:</b> Reinterventionsrate	Reinterventionsrate	8
<b>Geburtshilfe:</b> E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt	8
<b>Herzschrittmacher-Implantation:</b> Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	8
<b>Koronarangiographie und Perkutane Koronar- intervention (PCI):</b> Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI: Alle PCI mit Indikation akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h	8
<b>Karotis-Rekonstruktion:</b> Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose	8

## QUALITÄTSSICHERUNG

Vertrauensbereich	Ergebnis (Einheit)	Zähler/Nenner	Referenzbereich (bundesweit)	Kommentar/Erläuterung
1,3-12,4	5,0 (%)			BQS/LQS: - Krankenhaus: -
82,9-100,0	96,7 (%)	30/31		BQS/LQS: - Krankenhaus: -
0,0-4,2	0,0 (%)	Zähler oder Nenner ≤ 5		BQS/LQS: - Krankenhaus: -
0,0-4,5	0,0 (%)	Zähler oder Nenner ≤ 5		BQS/LQS: - Krankenhaus: -
1,3-4,2	2,4 (%)	13/522		BQS/LQS: - Krankenhaus: -
93,5-96,1	94,9 (%)	1.110/1.169		BQS/LQS: - Krankenhaus: -
98,0-100,0	100,0 (%)	184/184		BQS/LQS: - Krankenhaus: -
91,4-100,0	100,0 (%)	41/41		BQS/LQS: - Krankenhaus: -
0,0-4,0	0,0 (%)	Zähler oder Nenner ≤ 5		BQS/LQS: - Krankenhaus: -
0,0-70,8	0,0 (%)			BQS/LQS: - Krankenhaus: -
90,5-99,7	97,3 (%)	73/75		BQS/LQS: - Krankenhaus: -
88,7-98,8	95,4 (%)	84/88		BQS/LQS: - Krankenhaus: -
78,8-99,9	95,8 (%)	23/24		BQS/LQS: - Krankenhaus: -

&gt;&gt;

## QUALITÄTSSICHERUNG

## C-1.2.

## Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren

Leistungsbereich (LB) und Qualitätsindikator (QI)	Kennzahlbezeichnung	Bewertung Strukt. Dialog
>> <b>Herzschrittmacher-Implantation:</b> Perioperative Komplikationen	Perioperative Komplikationen: Sondendislokation im Vorhof	8
<b>Herzschrittmacher-Implantation:</b> Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	8
<b>Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation:</b> Reoperationen wegen Komplikation	Reoperationen wegen Komplikation	8
<b>Ambulant erworbene Pneumonie:</b> Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie: Alle Patienten	8
<b>Herzschrittmacher-Implantation:</b> Perioperative Komplikationen	Perioperative Komplikationen: Sondendislokation im Ventrikel	8
<b>Cholezystektomie:</b> Erhebung eines histologischen Befundes	Erhebung eines histologischen Befundes	8
<b>Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation:</b> Postoperative Wundinfektion	Postoperative Wundinfektion	8
<b>Geburtshilfe:</b> Antenatale Kortikosteroidtherapie	Antenatale Kortikosteroidtherapie: bei Geburten mit einem Schwangerschaftsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	1
<b>Geburtshilfe:</b> Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen	8
<b>Gynäkologische Operationen:</b> Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie	Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie	8
<b>Karotis-Rekonstruktion:</b> Perioperative Schlaganfälle oder Tod risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score I	Perioperative Schlaganfälle oder Tod risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score I: Risikoadjustierte Rate nach logistischem Karotis-Score I	8
<b>Mammachirurgie:</b> Angabe Sicherheitsabstand	Angabe Sicherheitsabstand: bei brusterhaltender Therapie	8

## QUALITÄTSSICHERUNG

Vertrauensbereich	Ergebnis (Einheit)	Zähler/Nenner	Referenzbereich (bundesweit)	Kommentar/Erläuterung
0,0-6,0	0,0 (%)	Zähler oder Nenner ≤ 5		BQS/LQS: - Krankenhaus: -
85,0-97,9	93,3 (%)	70/75		BQS/LQS: - Krankenhaus: -
0,2-8,4	2,3 (%)			BQS/LQS: - Krankenhaus: -
94,8-99,1	97,5 (%)	241/247		BQS/LQS: - Krankenhaus: -
0,0-7,4	1,3 (%)			BQS/LQS: - Krankenhaus: -
98,2-100,0	100,0 (%)	203/203		BQS/LQS: - Krankenhaus: -
0,0-4,2	0,0 (%)	Zähler oder Nenner ≤ 5		BQS/LQS: - Krankenhaus: -
14,6-94,8	60,0 (%)			BQS/LQS: - Krankenhaus: Eine Überprüfung der Patientenakten ergab: Jede Patientin erhält die empfohlene Lungenreifebehandlung (Ergebnis 100%).
89,1-100,0	100,0 (%)	32/32		BQS/LQS: - Krankenhaus: -
97,1-100,0	99,4 (%)	197/198		BQS/LQS: - Krankenhaus: -
	7,2 (%)			BQS/LQS: - Krankenhaus: -
92,4-99,8	97,8 (%)	92/94		BQS/LQS: - Krankenhaus: -

>>

**C-1.2.**  
**Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren**

Leistungsbereich (LB) und Qualitätsindikator (QI)	Kennzahlbezeichnung	Bewertung Strukt. Dialog
>> <b>Herzschrittmacher-Implantation:</b> Perioperative Komplikationen	Perioperative Komplikationen: chirurgische Komplikationen	8
<b>Mammachirurgie:</b> Hormonrezeptoranalyse	Hormonrezeptoranalyse	8

0 = Der Strukturierte Dialog ist noch nicht abgeschlossen. Derzeit ist noch keine Einstufung der Ergebnisse möglich.

1 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ unauffällig eingestuft.

2 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ unauffällig eingestuft. Die Ergebnisse werden im Verlauf besonders kontrolliert.

3 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ auffällig eingestuft.

4 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als erneut qualitativ auffällig eingestuft.

5 = Das Ergebnis wird bei mangelnder Mitwirkung am Strukturierten Dialog als qualitativ auffällig eingestuft.

(6 = nicht besetzt)

Vertrauensbereich	Ergebnis (Einheit)	Zähler/Nenner	Referenzbereich (bundesweit)	Kommentar/Erläuterung
0,0-4,8	0,0 (%)	Zähler oder Nenner ≤ 5		<b>BQS/LQS: -</b> <b>Krankenhaus: -</b>
97,1-100,0	100,0 (%)	124/124		<b>BQS/LQS: -</b> <b>Krankenhaus: -</b>

(7 = nicht besetzt)

8 = Das Ergebnis ist unauffällig. Es ist kein Strukturierter Dialog erforderlich.

9 = Sonstiges (im Kommentar erläutert)

(10 = nicht besetzt)

(11 = nicht besetzt)

(12 = nicht besetzt)

13 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wegen fehlerhafter Dokumentation als qualitativ auffällig eingestuft.

14 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wegen fehlerhafter Dokumentation als erneut qualitativ auffällig eingestuft.

## QUALITÄTSSICHERUNG

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

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

<b>Leistungsbereich</b>
Neonatalerhebung

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

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP teil:

<b>DMP</b>
Brustkrebs
Koronare Herzkrankheit (KHK)

### **C-4** **Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung**

Trifft nicht zu

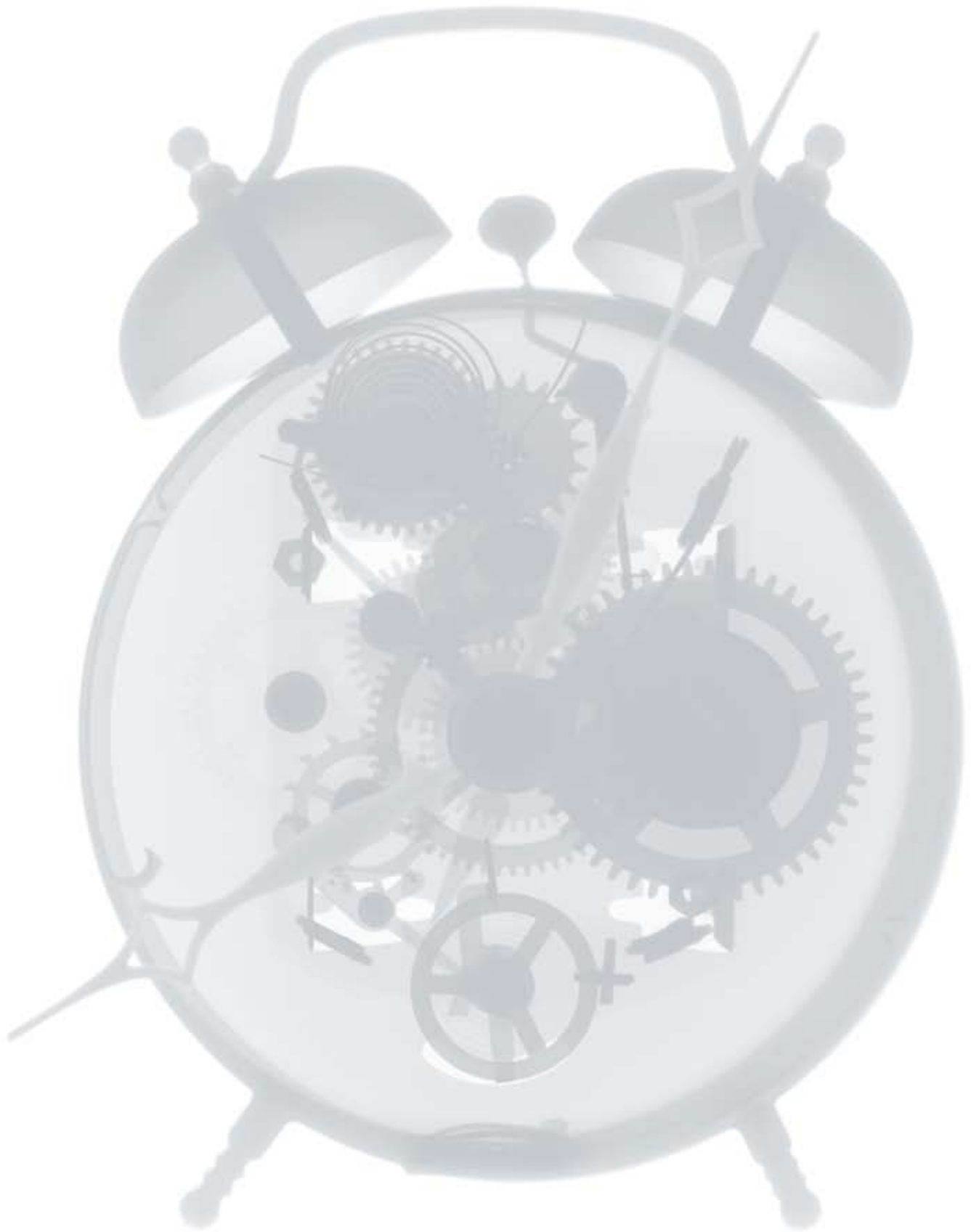
## QUALITÄTSSICHERUNG

### **C-5** Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

Leistungsbereich	Mindestmenge	Erbrachte Menge	Ausnahmetatbestand
Stammzellentransplantation	25	26	MM05/Kein Ausnahmetatbestand
Knie-TEP	50	80	MM05/Kein Ausnahmetatbestand

### **C-6** Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] („Strukturqualitätsvereinbarung“)

Trifft nicht zu



STRUKTURIERTER QUALITÄTSBERICHT  
TEIL D

## Qualitätsmanagement

### D-1 Qualitätspolitik

#### Kontinuierliche Verbesserung für unsere Patienten

Die Qualitätspolitik setzt die Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Weiterentwicklung der Qualität. Darum ist bei uns die Festlegung und laufende Überprüfung der Qualitätspolitik als eine der zentralen Aufgaben der Krankenhausleitung definiert.

Das Kreiskrankenhaus Hameln ist Akutkrankenhaus im Landkreis Hameln-Pyrmont, jedoch mit überregionaler Bedeutung. Die Krankenhausleitung verfolgt das Ziel, den Versorgungsauftrag des Krankenhauses bei höchstmöglicher Qualität in der medizinischen und pflegerischen Leistung zu erfüllen. Die grundsätzliche Leistungsfähigkeit, inhaltliche Weiterentwicklung, aber auch die Wirtschaftlichkeit sind weitere Aspekte, welche die Ausrichtung der Qualitätspolitik bestimmen.

Bereits 1993 führte die Krankenhausleitung ein Qualitätssicherungssystem mit folgenden Grundsätzen ein:

- Die Krankenhausleitung ist für die Einführung und Aufrechterhaltung des Qualitätssicherungssystems verantwortlich.
- Der Patient und seine Versorgung sind unser elementarer Auftrag. Darum steht er im Zentrum unserer Gestaltung der Prozesse
- Alle Berufsgruppen sind gleichermaßen in den Prozess der Patientenversorgung eingebunden.
- Das Erreichen des formulierten Qualitätsstandards in der Behandlung, im Versorgungsablauf und im Behandlungsergebnis ist ein wesentliches Ziel des Qualitätssicherungssystems.
- Jeder am Prozess beteiligte Mitarbeiter ist für die Qualität der Leistung verantwortlich und trägt dazu bei, diesen Prozess kontinuierlich zu verbessern.

1995 führte die Krankenhausleitung das „Umfassende Qualitätsmanagement“ ein. Sie bildete Qualitätsfachpersonal aus und richtete Qualitätszirkel ein, die themenbezogen arbeiteten. 1995 und 1996 dokumentierte das Kreiskrankenhaus seine Leistungen erstmals in einem Qualitätsbericht, der sich am Scoring-Verfahren mit Schlüsselaspekten des Marburger Modells orientierte. Dies war die erste Umsetzung des auf universitärer Ebene entwickelten Berichtsverfahrens für ein Krankenhaus der Regelversorgung in Deutschland.

## QUALITÄTSMANAGEMENT

Im Jahr 1997 schloss sich das Kreiskrankenhaus Hameln im Zuge des Ausschreibungsverfahrens des Bundesministeriums für Gesundheit „Qualitätsmanagement im Krankenhaus“ mit Krankenhäusern in Goslar, Clausthal-Zellerfeld, Bad Harzburg, Rotenburg/Wümme, Quedlingburg und Sangerhausen zum Krankenhausverbund „Sachsenring“ zusammen und wirkt federführend in diesem Verbund mit. Weitere Qualitätsmanagement-Aktivitäten folgten: 1995 die Anerkennung als Stillfreundliches Krankenhaus durch die UNICEF und 1999 die Zertifizierung des Zentrallabors nach DIN EN ISO 9001. Damit verfügte Hameln als drittes Krankenhaus in Niedersachsen über eine zertifizierte Einrichtung. Die weitere Entwicklung dokumentiert eine konsequente, zügige und stetige Ausweitung des Umfassenden Qualitätsmanagement (UQM) auf allen Ebenen, alle Berufszweige in beiden Betriebsteilen sowie dem angegliederten Seniorenheim.

### **Prozessorientiertes, berufsgruppen übergreifendes Qualitätsmanagement bildet die Grundlage**

2008 erfolgte eine Neufestlegung Qualitätsmanagementstruktur. Danach liegt die qualitätsbezogene Unternehmensführung in der Verantwortung der Krankenhausleitung, unterstützt durch unseren QM-Koordinator und ein QMB-Team mit drei Mitarbeitern aus Pflegedienst, Verwaltung und ärztlichem Dienst. Der QM-Koordinator realisiert gemeinsam mit dem QMB Team die Projektarbeit im Rahmen der abgestimmten Methodik und Zielvorgaben und hat Zugriff auf alle notwendigen Ressourcen. Dieses Vorgehen stellt sicher, dass die Belange aller Berufsgruppen berücksichtigt werden. Auf den Stationen, in den Funktionsbereichen sowie in weiteren relevanten Bereichen unterstützen 35 Qualitätsbeauftragte die Umsetzung des Qualitätsmanagements. Die Mitarbeiter des Kreiskrankenhauses Hameln sind über Qualitätszirkel durch Qualitäts- und Projektteams in die Verbesserungsprojekte eingebunden. Die QM-Informationen, Schulungen und Anleitungen erfolgen Top-down. Anregungen für Projektarbeiten werden aufgegriffen und in konkrete Maßnahmen umgesetzt. Grundsätzlich evaluieren wir alle Maßnahmen des Qualitätsmanagements im Lenkungsausschuss hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit und prüfen sie insbesondere bei mehreren Alternativen sorgfältig.

In den Jahren ab 1997 bot sich das Modell der EFQM zur Weiterentwicklung des damaligen Standes an. Der Krankenhausverwaltungsdirektor, die Pflegedienstdirektorin sowie der Qualitätsmanagementbeauftragte der Verwaltung und des Pflegedienstes wurden zu EFQM-Assessoren geschult. In der Pflege führten wir eine ausführliche EFQM-Selbstbewertung durch, um durch einen verbesserten Führungsstil die Leistungen weiter zu erhöhen. Den Qualitätsbericht des Kreiskrankenhauses Hameln für 1997/1998 erstellten wir nach dem EFQM-Modell für Business Excellence. Im

## QUALITÄTSMANAGEMENT

Zuge der Ausschreibung für den Niedersächsischen Qualitätspreis überarbeiteten wir den Bericht nach den Richtlinien des neuen EFQM-Modell für Excellence 1999.

Die Qualität der Leistungen im Gesundheitswesen, das Streben nach größtmöglicher Patientenzufriedenheit sowie wirtschaftliche Gesichtspunkte wurden immer wichtiger. So entwickelten die Bundesärztekammer, der Verband der Angestellten Krankenkassen (VdAK), die Deutsche Krankenhaus Gesellschaft und der Deutsche Pflegerat ein Zertifizierungsverfahren speziell für Krankenhäuser – das KTQ-Modell (Kooperation für Transparenz und Qualität). Aufgrund seiner langjährigen Erfahrung im Qualitätsmanagement wurde das Kreiskrankenhaus Hameln 2001 als eines von bundesweit 25 Pilot-Krankenhäusern und eines von sechs nicht universitären Akutkrankenhäusern ausgewählt, um dieses Verfahren zu prüfen. Dazu gehörten eine Selbst- und eine Fremdbewertung analog zum bisherigen EFQM-Verfahren. Nach Auswertung sämtlicher Daten der Pilotphase wurde durch die KTQ ein Kriterienkatalog veröffentlicht.

Aus diesen Erfahrungen heraus strebte das Kreiskrankenhaus Hameln 2002 die KTQ-Zertifizierung an. Nach der Schulung leitender Mitarbeiter startete von Herbst 2002 bis Mitte 2003 die Arbeit. Die Überprüfung des Krankenhauses durch sechs Visitoren dauerte drei Tage und umfasste außer Vor-Ort-Begehungen Interviews mit mehr als 85 Mitarbeitern. Das Kreiskrankenhaus Hameln erreichte als eines der ersten Krankenhäuser in Niedersachsen die KTQ-Zertifizierung und war bundesweit unter den ersten zwanzig Häusern.

### **DIN/EN/ISO 9001-2000 Zertifizierungen**

Da Stillstand Rückschritt bedeutet, arbeiteten wir auch daran, unsere spezielle medizinische Qualität durch Zertifikate der Fachgesellschaften unter Beweis zu stellen. Wir realisierten dies im Bereich der Frauenklinik mit der Anerkennung als Brustzentrum sowie in der Onkologie und der Gastroenterologie. Das Brustzentrum wurde 2007 durch die Fachzertifizierung von OnkoZert erfolgreich rezertifiziert. Darüber hinaus hat im Jahr 2008 ein Überwachungsaudit stattgefunden, bei welchem unsere Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bestätigt wurden. Die Frauenklinik und das Brustzentrum sind über die Prüfung der Fachgesellschaft hinaus auch nach der DIN EN ISO 9001-2000 zertifiziert. Im Dezember 2008 fand ein Zertifizierungsaudit von der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie statt, bei dem alle Prüfungen erfolgreich verliefen.

## QUALITÄTSMANAGEMENT

Inzwischen wurden weitere Bereiche in die Zertifizierungen einbezogen. Sowohl die Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie als auch unser modernes Labor sind nach der DIN/EN/ISO 9001-2000 Norm geprüft und zertifiziert.

Darüber hinaus ist Klinik für Hämatologie und Onkologie vom NMDP Collection und Apherese Center zertifiziert.

Mit unserer Qualitätspolitik verfolgen wir das Ziel der größtmöglichen und vor allem ständigen Verbesserung unserer Leistungen bei optimaler Patientenzufriedenheit.

### D-2 Qualitätsziele

#### Überprüfbares Handeln benötigt Ziele

Zu einem geregelten Qualitätsmanagement gehören überprüfbare Ziele welche deutlich machen, dass die zu Grunde liegende Aufgabe auch bis zu ihrem Endpunkt durchdacht und ergebnisorientiert konzipiert wurde. Der bei uns überall eingesetzte PDCA Zyklus der kontinuierlichen Verbesserung wäre ohne Ziele und deren Überprüfung nicht möglich.

#### Strategische/operative Ziele:

1. Das Kreiskrankenhaus Hameln verfolgt den Null-Fehler Ansatz und hat darum sein strategisches Handeln bei allen Organisationsveränderungen darauf ausgerichtet.
2. Weiteres Ziel ist die 100 prozentige Einbindung von Qualitätsprojekten in die horizontale Matrixorganisation des QM, d.h. berufsgruppenübergreifendes Arbeiten.
3. Eine nachvollziehbare Dokumentation soll die Qualität transparent machen.
4. Qualität soll nach außen sichtbar werden. Darum gibt eine Vielzahl an Informationen an die Öffentlichkeit.
5. Das Kreiskrankenhaus Hameln geht den Weg der kontinuierlichen Verbesserung und ermuntert Patienten, Angehörige und Mitarbeiter zu konstruktiven Verbesserungsvorschlägen.
6. Das Kreiskrankenhaus Hameln lässt die Qualität freiwillig extern überprüfen, indem es an Zertifizierungsverfahren übergeordneter Art (DIN/EN/ISO 9001-2000) teilnimmt und sich zusätzlich über die medizinischen Fachgesellschaften gezielt hinsichtlich der medizinischen Leistungsfähigkeit auf den Prüfstand stellt (z.B. Brustzentrum).

## QUALITÄTSMANAGEMENT

### **Messung und Evaluation der Zielerreichung: Qualitätsindikator:**

Die Zufriedenheit der Patienten mit der medizinischen und pflegerischen Betreuung sowie der Serviceleistungen und allgemeinen Organisation wird in Patientenbefragungen ermittelt. 80% der rückläufigen Befragungsbogen sollten das Kreiskrankenhaus anderen weiterempfehlen. Die Motivation und das Engagement der Mitarbeiter wird in derselben Befragung durch entsprechende Fragestellung hinterfragt. Ca. 2/3 (66 %) der rückläufigen Befragungsbögen sollten bei der Beurteilung der Zufriedenheit mit dem Arztdienst und dem Pflegedienst jeweils „sehr zufrieden“ sein.

Eine weitere Messgröße ist die zu 100% Prozent erfolgreiche Zertifizierung durch Fachgesellschaften und übergeordneten Zertifizierungsstellen. Mit diesen Zertifizierungen werden in der Regel alle genannten Ziele auch durch externe Stellen evaluiert.

### **Überprüfungsturnus:**

Jährlich stattfindende Befragungen, ihre Auswertung und Bewertung. Stichprobenhafte quartalsweise Auswertung der Beschwerden und Fehlermeldungen nach den Gesichtspunkten der Patientenzufriedenheit.

### **Weitere Überprüfungen:**

In geplanten, regelmäßigen internen Audits und bei den umfassenden Zertifizierungsverfahren einschließlich der Überwachungsaudits wird die Zielerreichung ständig mit den Vorgaben abgeglichen. Darüber hinaus sind die Ergebnisse der Zielmessungen Bestandteil der Managementbewertungen.

### **Kommunikation der Ziele und der Zielerreichung:**

Die Ziele werden allen Führungskräften in Organisationskonferenzen vermittelt, mit ihnen diskutiert und gegebenenfalls angepasst. Die abschließende Festlegung trifft für übergeordnete Qualitätsziele der Lenkungsausschuss. Allen Mitarbeitern werden diese Ziele in Berufsgruppenkonferenzen und über das Intranet nahegebracht. Die operative Umsetzung erfolgt im Kontext mit dem QM-Regelwerk. Auch die Patienten, Angehörige und regionale Interessengruppen werden über die Ziele informiert. Das geschieht durch Publikation der Krankenhausziele in der Zeitschrift „Vitale“ sowie durch Präsentationen im Krankenhaus oder bei den Interessengruppen. Hier ist dem Kreiskrankenhaus Hameln besonders der Austausch mit der Bevölkerung hinsichtlich der Akzeptanz der Ziele wichtig. Auch die Zielerreichung wird in allen internen Kommunikationsgremien jeder Berufsgruppe transparent gemacht und nach Potentialen im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses gesucht.

## QUALITÄTSMANAGEMENT

### **Sonstige:**

Die strategische Zielsetzung des Pflegedienstes drückt sich im Pflegeleitbild aus. Zielsetzung unserer Pflege ist es, Menschen, die unser Krankenhaus aufsuchen, als Mittelpunkt unseres Dienstleistungsangebotes zu betrachten. Freundlichkeit, Würde, Respekt und gegenseitiges Vertrauen bestimmen dabei im Alltag das zwischenmenschliche Handeln.

Konkret bedeutet das in der Praxis für uns:

- Umsetzung professioneller Pflege, unter Beachtung aktueller pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse, durch zielgerichtetes Arbeiten nach den Regeln des Pflegeprozesses; u.a. Erhaltung und Wiederherstellung der Selbstständigkeit, Prävention, Anleitung und Beratung sowie humane Sterbebegleitung.
- Realisierung einer patientenorientierten Pflege durch: Qualifizierte pflegerische Betreuung in Form der Bereichspflege, aktives Einbeziehen und Mitsprache des Patienten und der Angehörigen bei der Pflege, verständliche Information und Aufklärung des Patienten über alle pflegerischen Belange.
- Arbeiten auf Grundlage von Standards.
- Optimierung von Struktur-, Ablauf- und Ergebnisqualität im Kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP).
- Partnerschaftlich aufeinander abgestimmte Zusammenarbeit aller mit der Patientenbetreuung beauftragten Berufsgruppen. Unsere Erwartungen an Teamarbeit sind unter anderem: Jeder Einzelne soll über die für ihn notwendigen Informationen verfügen können, übergreifende Entscheidungen sollen gemeinsam getroffen werden, in Konfliktsituationen sind die verschiedenen Standpunkte zu berücksichtigen und eine gemeinsame Lösung anzustreben.
- Im Rahmen der Personalentwicklung: Förderung von individuellen Fähigkeiten des Einzelnen.
- Bereitschaft zur aktiven Nutzung von Fort- und Weiterbildungsangeboten zur Sicherung bzw. Weiterentwicklung pflegerischer und sozialer Kompetenz.
- Stärkung des beruflichen Selbstverständnisses durch Identifikation mit den pflegerischen Aufgabenstellungen.
- Konstruktive Auseinandersetzung mit notwendigen Veränderungen
- Verantwortlicher Umgang mit Ressourcen und Förderung der wirtschaftlichen Situation des Krankenhauses.
- Beachtung von Umweltschutzbelangen in der täglichen Arbeit.

## QUALITÄTSMANAGEMENT

Kreatives Denken, Eigeninitiative und Bereitschaft zu selbstständigem Arbeiten sind Voraussetzung zur Erreichung der genannten Ziele. Alle pflegerischen Mitarbeiter unseres Hauses fühlen sich diesem Leitbild verpflichtet, entwickeln für ihre speziellen Bereiche jeweils eine konkrete Umsetzungsstrategie und arbeiten an einer kontinuierlichen Weiterentwicklung dieses Leitbildes.

### D-3 Aufbau des einrichtungswinteren Qualitätsmanagements

#### Teamarbeit besonders im Qualitätsmanagement

Das Prinzip der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit wird besonders im Qualitätsmanagement deutlich. Auf keiner QM-Handlungsebene gibt es Organisationsstrukturen, welche lediglich mit einer Berufsgruppe besetzt sind. Dieses Konzept hat sich bewährt und sichert eine durchgängige Berücksichtigung der Schnittstellen.

Am 01.06.2003 wurde die Geschäftsordnung für das Qualitätsmanagement von dem Kreiskrankenhaus Hameln verbindlich verabschiedet. Sie gilt für alle Mitarbeiter und Bereiche.

Die Geschäftsordnung regelt den Aufbau des QM mit den Organen Lenkungsausschuss, OM-Koordinator, Qualitätsmanagementbeauftragte, Qualitätsbeauftragte der Abteilungen/Bereiche, Moderatoren und Qualitätsteams. In der Geschäftsordnung werden die Aufgaben und Befugnisse im Einzelnen festgelegt.

Das Qualitätsmanagement im Kreiskrankenhaus Hameln wird von einem Lenkungsausschuss auf Klinikebene geleitet, der sich aus dem Geschäftsführer, dem Ärztlichen Direktor, der Pflegedienstleiterin und dem OM-Koordinator und den drei Qualitätsmanagementbeauftragten zusammensetzt. Alle Mitglieder des Lenkungsausschusses sind stimmberechtigt. Je nach Tagesordnung können externe Teilnehmer an den Sitzungen des Lenkungsausschusses teilnehmen, ohne allerdings stimmberechtigt zu sein.

Für alle relevanten Leistungsbereiche des Kreiskrankenhauses Hameln gibt es Qualitätsbeauftragte. Die Qualitätsbeauftragten sind im Auftrag der jeweiligen Abteilungsleiter für die Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems zuständig.

## QUALITÄTSMANAGEMENT

Die ausgebildeten Qualitätsbeauftragten koordinieren und moderieren nun auf breiter Basis die Qualitätsprojekte „vor Ort“. Somit ist ein hoher Grad an Realitätsnähe der Projekte gegeben und damit auch eine Umsetzung mit breiter Zustimmung der Mitarbeiter sichergestellt.

Darüber hinaus wurde 2008 die Funktion des QM-Koordinators eingeführt, welcher alle QM-Aktivitäten lenken und überwachen soll. Das Qualitätsmanagement stellt sich in der Aufbauorganisation des Kreiskrankenhauses Hameln in Form einer Matrixorganisation dar, in welcher die hierarchische Ebene vertikal verläuft, die operative, qualitätsorientierte Ebene sich jedoch quer dazu horizontal durch alle Leistungsstellen zieht und so den projektorientierten Ansatz abbildet.

Mitarbeiteranregungen und Verbesserungsvorschläge werden vom QM-Koordinator aufgenommen und in das Qualitätsmanagement integriert, zur Bearbeitung qualitätsrelevanter Aufgaben werden Arbeitsgruppen gebildet (Qualitätszirkel und Projektteams).

Qualitäts-/Projektteamverantwortliche Moderatoren organisieren und moderieren die Teamsitzungen. Für die Arbeit in Qualitäts-/Projektteams gilt grundsätzlich, dass alle Mitglieder gleichberechtigt sind.

Die Qualitätsmanagementbeauftragten unterstützen die Krankenhausleitung bei der Umsetzung des Qualitätsmanagements bei Problemstellungen, die sich auf wesentliche Teile einer Berufsgruppe beziehen.

Der QM-Lenkungsausschuss tritt regelmäßig – mindestens halbjährlich – zusammen, um neue Projekte festzulegen, den Qualitätsbericht des Krankenhauses freizugeben, die Ergebnisse und Qualitätsziele zu überprüfen, zu bestätigen oder neu festzulegen.

Das OM-Koordinator und QMB-Team sind der Krankenhausleitung gegenüber verantwortlich und bei der Projektarbeit im Rahmen der abgestimmten Methodik und Zielvorgabe weisungsungebunden. Sie haben Zugriff auf die notwendigen Ressourcen.

## QUALITÄTSMANAGEMENT

Zur Realisierung der Ziele und der Anforderungen an ein modernes Qualitätsmanagementsystem übernimmt der OM-Koordinator insbesondere

- die Identifikation der gesetzlichen, normativen, krankenhausspezifischen Anforderungen
- die Identifikation der notwendigen Regelungen
- die Koordination der Entgegennahme und Bearbeitung von Beschwerden
- Implementierung und Aufrechterhaltung eines Fehlermanagementsystems
- Planung und Koordination von internen Audits
- Koordination von Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen
- Schulung der Mitarbeiter in Fragen des Qualitätsmanagements
- Erstellung und Pflege einer Projektliste
- Begleitung der Projekte
- Projekt-Controlling
- Sicherstellung der QM-Dokumentation
- Sicherstellung des QM-Berichtswesens
- Prozessmanagement/-Reorganisation: kontinuierliche Verbesserung

## QUALITÄTSMANAGEMENT

### D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

#### Lernende Organisation

Im Qualitätsmanagement gibt es viele Instrumente um zu erfahren, an welchen Stellen Verbesserungspotentiale schlummern. Dabei haben Befragungen einen nicht unerheblichen Anteil. Aber auch vergleichende Analysen und das Beschwerde- und Fehlermanagements sowie die Durchführung von internen Audits und Managementbewertungen liefern wichtige Hinweise.

#### **Interne Auditinstrumente zur Überprüfung der Umsetzungsqualität nationaler Expertenstandards**

(z. B. Dekubitusprophylaxe, Entlassungsmanagement, Schmerzmanagement, Sturzprophylaxe, Förderung der Harnkontinenz): Hinsichtlich der Einhaltung der nationalen Standards werden seitens der QMB Stichprobenkontrollen „vor Ort“ durchgeführt, darüber hinaus gibt es strukturierte Meldesysteme zu den Aspekten „Sturz“ und „Dekubitusaufkommen“. Durch das bundesweite Modul Dekubitusprophylaxe der BQS stehen mit eigenen retrospektiven Daten und den aktuellen BQS-Daten valide Vergleichsinstrumente zur Einschätzung der Dekubitusentwicklung zur Verfügung. Für den Standard Entlassungsmanagement wurde ein Pflegeüberleitungsbogen entwickelt, von dem ein Durchschlag in das pflegerische Controlling hinsichtlich der Entlassungsqualität gelangt. Das Beschwerdemanagement wird zentral geführt und in einer Datenbank werden kontinuierlich Patientenäußerungen erfasst. Die regelmäßigen Auswertungen lassen dann zusätzliche Rückschlüsse auf die Einhaltung der Standards zu.

#### **Beschwerdemanagement:**

Das Beschwerdemanagement wird zentral koordiniert. Instrumente sind hier die persönliche Kontaktaufnahme des Beschwerdeführers über die Station oder über die Pforten. Weiterhin sind Telefon, E-Mail oder schriftliche Verfahren möglich allen Mitarbeitern ist das Verfahren dazu bekannt. Dem Beschwerdemanagement wurde seitens der KHL oberste Priorität eingeräumt. Es wird unmittelbar das Gespräch mit dem Beschwerdeführer gesucht. Bei schriftlich eingehenden Beschwerden erfolgt üblicherweise eine telefonische Bestätigung mit eventuellen Nachfragen. Ziel ist es, die Beschwerde innerhalb von drei Werktagen so bearbeitet zu haben, dass der Beschwerdeführer eine Reaktion auf seine Beschwerde erhält. In den Fällen, in denen dies nicht gelingen kann, wird der Beschwerdeführer über die vermutete Bearbeitungsdauer informiert. Prospektives Beschwerdemanagement wird als weiteres Instrument des QM genutzt. Die Mitarbeiter sind sensibilisiert, Störungen zwischen Personal und Patienten bzw. den Unmut des Patienten über allgemeine Sachverhalte

## QUALITÄTSMANAGEMENT

wahrzunehmen und suchen dann bereits im Vorfeld gemeinsam mit einem QMB nach einer für den Patienten angemessenen Lösung. Der Lenkungsausschuss wird regelmäßig über die Beschwerdesituation informiert und leitet gegebenenfalls übergeordnete Verbesserungsmaßnahmen ein.

### **Fehler- und Risikomanagement:**

Es gibt ein geregeltes Meldewesen bei auftretenden Fehlern, welches sich in technische und organisatorische Aspekte aufteilt. Die Mitarbeiter, welche die Fehlermeldung adressieren, erhalten Rückmeldung über den Stand der Bearbeitung. Alle Verantwortlichkeiten zur Fehlerbearbeitung sind in Verfahren festgelegt. Um prospektiv Risiken gar nicht erst entstehen zu lassen, gilt das Prinzip der lernenden Organisation. Fehler und Beinahefehler werden in den jeweiligen Leitungsgremien diskutiert und Strategien zur Vermeidung ähnlich gelagerter Sachverhalte ausgearbeitet.

### **Morbiditäts- und Mortalitätsbesprechungen:**

Im Rahmen der Tumorkonferenz werden Fallbesprechungen fachübergreifend durchgeführt. Auch niedergelassene Ärzte sind hier eingebunden, ebenso die Pathologie und Strahlentherapeuten. In Zusammenarbeit mit der Pathologie gibt es Mortalitätsbesprechungen bei ausgewählten Fällen. Eine Ausweitung der Mortalitätsbesprechungen befindet sich im Aufbau. Patienten-Befragungen: Alle Patienten haben ständig die Möglichkeit, sich über auf allen Stationen vorhandene so genannte „Blaue Bögen“ strukturiert zu artikulieren -positiv wie negativ- und die monatliche Auswertung dieser ständigen Befragung wird den ärztlichen und pflegerischen Leistungsstellen zur Analyse und Verbesserung zur Verfügung gestellt. Die administrativen Bereiche werden zentral von einem QMB angesprochen, wenn Aspekte der Auswertung sie betreffen. Der Lenkungsausschuss erhält eine aufbereitete Auswertung, um strategische Korrekturen einleiten zu können. Befragungen finden auch im Rahmen eines neu eingerichteten Patientenbeirates statt, der sich aus Vertretern der Öffentlichkeit und der Krankenhausleitung zusammensetzt.

### **Mitarbeiter-Befragungen:**

Anonyme Mitarbeiterbefragungen werden je nach Aufgabenstellung gezielt durchgeführt. Eine Mitarbeiterbefragung im Pflegedienst sollte beispielsweise die Übereinstimmung der Sichtweise des Pflegepersonals mit den Ergebnissen der Patientenbefragung abgleichen. Die hier sichtbaren Wahrnehmungsunterschiede wurden mit den Mitarbeitern diskutiert und flossen in Verbesserungsprojekte ein. Bei „Vor Ort“-Analysen werden regelhaft die Mitarbeiter nach Verbesserungspotentialen in ihrem Arbeitsumfeld befragt. Auch diese Äußerungen fließen in das QM-System ein.

## QUALITÄTSMANAGEMENT

### **Einweiser-Befragungen:**

Der ärztliche Direktor des Kreiskrankenhauses Hameln ist innerhalb des Ärztevereins im Landkreis Hameln-Pyrmont aktiv und hat dort die Aufgabe übernommen, die ärztliche Fortbildung übergeordnet zu koordinieren. Durch diesen engen Kontakt ist eine ständige Schnittstelle zu den Einweisern vorhanden, um deren Bedürfnisse wahrzunehmen. Weitere Zusammenarbeiten gibt es durchgängig in den jeweiligen Fachbereichen und Kliniken des Krankenhauses, deren Chefärzte in den spezifischen Arbeitskreisen mit ihren niedergelassenen Kollegen dann auch Schnittstellenfragen diskutieren. Darüber hinaus wurden im Jahr 2008 alle Einweiser im Landkreisgebiet im Rahmen einer gezielten „Einweiserbefragung“ angeschrieben und konnten neben den grundsätzlichen Fragen auch im Freitext ihre Wünsche und Anregungen äußern.

### **Maßnahmen zur Patienten-Information und -Aufklärung:**

Die Patientenaufklärung ist im Kreiskrankenhaus Hameln ein großes Anliegen; denn aufgeklärte Patienten unterstützen die Maßnahmen weit positiver als unsichere, schlecht informierte Patienten. Zudem kosten spätere Rückfragen zusätzliche Zeit des Personals. Alle Handlungen werden ausführlich mit dem Patienten besprochen und dokumentiert. Die OP-Aufklärung erfolgt in der Regel durch den Operateur, so dass die Patienten beispielsweise hier gezielt auch ihre Ängste oder spezielle Fragen adressieren können. Darüber hinaus gibt es eine separate Aufklärung durch die Anästhesieabteilung zum geplanten Narkoseverfahren. Soweit medizinisch vertretbar, wird dem Patienten die Mitsprache bei der Auswahl des OP- oder Narkoseverfahrens ermöglicht. Auch in anderen Fragen haben die Patienten die Möglichkeit sich umfassend aufklären zu lassen. Alle Fragen zum Aufenthalt oder Entlassungsmanagement werden kompetent von unseren Mitarbeitern des ärztlichen und pflegerischen Dienstes, den Sozialarbeitern und Pflegeüberleitungskräften oder den Verwaltungsangestellten beantwortet. An schriftlichen Informationen gibt es neben Informationsflyern zu den Kliniken, Narkose- und OP Aufklärungsbögen in mehreren Sprachen auch ein Krankenhausmagazin und eine Präsentation zum Krankenhaus auf einem Großmonitor in der Eingangshalle. Im Internet finden Patienten unter [www.kreiskrankenhaus-hameln.de](http://www.kreiskrankenhaus-hameln.de) alles Wissenswerte zu unserer Einrichtung.

### **Belegungsmanagement:**

Ein ausschließlich für diese Aufgabe freigestellter Mitarbeiter hat die ständige Übersicht über die verfügbaren Betten und kennt die geplanten Einweisungen und Entlassungen. Dadurch kann er wesentlich besser die Belegungssteuerung vornehmen, Abläufe beschleunigen und die bisher in der Notfallaufnahme damit betrauten Ärzte entlasten, so dass diese die gewonnene Zeit am Patienten verbringen können.

## QUALITÄTSMANAGEMENT

### **Hygienemanagement:**

Der Ärztliche Direktor trägt als Mitglied der Krankenhausleitung die Gesamtverantwortung für die Klinikhygiene. Die Hygieneabteilung umfasst derzeit zwei Hygienefachkräfte auf 1,7 Planstellen. Die Aufgaben der Hygienefachkräfte sind in einer Stellenbeschreibung und im Hygienehandbuch festgelegt. Die Umsetzung der Hygienevorschriften wird im Kreiskrankenhaus Hameln als Teil der „Medizinischen Qualitätssicherung“ betrachtet; die Hygienefachkräfte sind dem hierfür verantwortlichen Arzt unterstellt. Er ist gleichzeitig auch hygienebeauftragter Arzt des Krankenhauses. Für alle patientennahen Bereiche wurden von der Pflegedienstleitung hygienebeauftragte Pflegekräfte benannt, die stations- bzw. bereichsbezogen folgende Aufgaben wahrnehmen:

- Kommunikation und Zusammenarbeit mit den Hygienefachkräften bezüglich Hygiene
- Multiplikator für hygienerelevante Informationen an die Mitarbeiter/innen des Pflegedienstes
- Feststellung hygienischer Gefährdungspotentiale für Patient und Personal und Meldung an die Hygienefachkräfte
- regelmäßige Teilnahme an Hygienefortbildungen
- Mithilfe bei Erstellung und Revision von Hygieneplänen und anderen Hygiene-Weisungsdokumenten
- Mithilfe bei der Erstellung von hygienerelevanten Ergebnisdokumenten (z.B. Hygiene-Surveillance)

Der Ärztliche Direktor, die Hygienefachkräfte und hygienebeauftragten Ärzte sowie bei Bedarf weitere beratende Personen treffen sich regelmäßig in der Arbeitsgruppe Hygiene zur Besprechung aktueller Probleme und Festlegung von Maßnahmen.

## QUALITÄTSMANAGEMENT

### D-5 Qualitätsmanagement- Projekte

#### Interne Audits - Motor für Verbesserungen

Bevor externe Prüfungen die Qualität unserer Leistungsbereiche bestätigen, stehen umfangreiche interne Vorbereitungen an. Eine der vorbereitenden Maßnahmen besteht in der internen Auditierung und Bearbeitung der daraus resultierenden Verbesserungsmaßnahmen. Bisher wurden diese Audits Anlass bezogen durchgeführt, ab dem Jahr 2008 im Rahmen eines Projektes als geplante Maßnahme im gesamten Haus. Aus diesem Projekt gingen dann weitere Verbesserungsinitiativen wie das Wundmanagement hervor.

Das Projekt begann mit einer Recherche, in welchen Teilbereichen des Hauses überhaupt schon interne Audits durchgeführt wurden. Dieses waren die Frauenklinik, das Zentrallabor und die Plastische- und Ästhetische Chirurgie. In einer Lenkungsausschusssitzung wurde festgelegt, dass nunmehr alle Bereiche des Hauses intern zu auditieren sind. In den Vorjahren waren bereits im Rahmen von QM-Schulungsmodulen etwa 35 Mitarbeiter zu internen Auditoren qualifiziert worden, die meisten hatten diese Kenntnisse bisher jedoch nicht praktisch angewandt. Der QM-Koordinator erstellte Anfang des Jahres einen Auditplan, in welchen die zu auditierenden Bereiche, die Audittermine und die Auditoren eingetragen waren. Dabei wurde berücksichtigt, welche Auditoren bereits Erfahrungen hatten und welche Auditoren zunächst eine Auffrischung benötigten. Darüber hinaus sollte die zu erwartende Zahl an Verbesserungspotentialen eingeschätzt werden, um die Gesamtbelastung für das Haus bei der Bearbeitung dieser Potentiale besser einplanen zu können.

Exemplarisch wurde mit der Klinik für Hämatologie und Onkologie begonnen. Begleitet wurden die Audits als Gesprächspartner -aber auch als interessierte Lenkungsausschuss Mitglieder- von der Pflegedirektorin und dem ärztlichen Direktor, in dessen Klinik die Audits durchgeführt wurden. Um mit diesen Audits noch einen Zusatznutzen zu erzielen, wurde als Perspektive – sofern sich eine relativ überschaubare Anzahl an Verbesserungspotentialen zeigte – eine Zertifizierung als nächsten Schritt angestrebt.

Bei den in der Folge in allen Klinikbereichen (Station, onkologische Ambulanz und Funktionsdiagnostik) durchgeführten Audits wurden Verbesserungspotentiale identifiziert. Schwerpunkte der Verbesserungspotentiale lagen in der Schnittstellen-Zusammenarbeit, der Kommunikation innerhalb der Bereiche und bei der Dokumentation. Alle Verbesserungspotentiale ließen sich relativ rasch in eine konstruktive Bearbeitung überführen. Allerdings zeigte sich, dass die Auditkenntnisse der Qualitätsbeauftragten ohne eine erneute theoretische Schulung nicht ausreichend genug für eigenständiges Auditieren im eigenen Bereich vorlagen und somit auch die perspektivisch

## QUALITÄTSMANAGEMENT

angedachten Peer Reviews noch zurückgestellt werden mussten. So wurde das Projekt dahingehend angepasst, dass zunächst Auditorenschulungen durchgeführt wurden und parallel die Verbesserungsvorschläge abgearbeitet wurden. Im aktuellen Jahr 2009 wird nun entsprechend dem Auditplan unter Berücksichtigung der aus der Projektphase gewonnenen Erkenntnisse gemeinsam mit den nun geschulten Auditoren im Wege der kollegialen Beratung vorgegangen. Als übergeordnetes Ziel kam inzwischen noch der Zertifizierungswunsch für das komplette Kreiskrankenhaus dazu, so dass sämtliche internen Audits nicht nur der kollegialen Beratung dienen sondern auch als generelle Vorbereitung auf eine externe Visitation.

Als ein Beispiel für das Aufgreifen eines Verbesserungsvorschlages soll die Konzeption eines Wundmanagement-Systems für das komplette Krankenhaus dienen. Nach dem Audit in der Onkologie wurde deutlich, dass es keine geregelte Schnittstelle zu den im Wundmanagement ausgebildeten Pflegekräften gibt und dass auch der ärztliche Dienst aus dem Fachbereich Chirurgie zwar konsiliarisch eingebunden wurde, aber die Kopplung mit den Wundexperten der Pflege bei chronischen- oder Problemwunden noch nicht durchgängig umgesetzt und somit die Entlassungsplanung erschwert wurde.

In einer Arbeitsgruppe, bestehend aus den pflegerischen Wundexperten und Ärzten der verschiedenen Kliniken wurde ein Konzept entwickelt, was einerseits die frühzeitige Einbeziehung und die Verfügbarkeit von pflegerischen Wundexperten zu den üblichen Arbeitszeiten sicherstellt, andererseits aber auch den Kontakt zu den fachkompetenten Ärzten bereits ab einem sehr frühen Zeitpunkt vorsieht. Das Konzept enthält alle für eine zeitgemäße Wundversorgung notwendigen Elemente, sei es die Fotodokumentation, die Räumlichkeiten, Hygienebelange oder die erforderlichen Verbandmaterialien. Auch die Verlaufskontrolle durch Experten und das Anpassen der Versorgungsplanung bis hin zu Fragen rund um eine Entlassung in eine andere Versorgungsform wie ambulante Pflege oder stationäre Einrichtungen wurde in die Überlegungen einbezogen.

Dabei wurde konzeptionell nicht an der Krankenhaustür haltgemacht, sondern der Bogen bis hin in den häuslichen Bereich gespannt. In enger Zusammenarbeit mit den weiter betreuenden Pflegekräften und niedergelassenen Ärzten soll der so genannte „Drehtüreffekt“ vermieden werden, bei dem ein Patient bereits kurz nach der Entlassung erneut das Krankenhaus mit derselben Diagnosestellung aufsuchen muss, weil eine wichtige Versorgungskomponente in der häuslichen Versorgung nicht optimal verlief. Besonders im Bereich der Versorgung von chronischen Wunden oder Problemwunden ist es gut möglich, sich hinsichtlich der Therapie und den begleitenden

## QUALITÄTSMANAGEMENT

Maßnahmen mit allen an der Versorgung Beteiligten auszutauschen und mit abgestimmten Methoden ein für unsere Patienten optimales Ergebnis zu erzielen. Im Rahmen von Einzelfällen wurde das Konzept auf seine Eignung geprüft. In diesen Fällen wurden besonders stark betroffene Patienten im Sinne des Soll-Ablaufs betreut. Aufgrund der dabei gemachten positiven Erfahrungen wird dieses Konzept schrittweise eingeführt und nach Abschluss der Zentralisierung beider Krankenhausbauteile „An der Weser“ im gesamten Krankenhaus gültig sein.

## QUALITÄTSMANAGEMENT

### D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

#### Geprüfte Qualität

Wir unternehmen vieles, um unseren Patienten eine medizinisch-pflegerische Versorgung auf höchstem Niveau anbieten zu können. Geordnete Abläufe und festgelegte Verfahren neben dem Know-how unserer Mitarbeiter bilden dazu die Grundlage. Dabei arbeiten wir ständig an Verbesserungen. Um zu erfahren ob wir das Richtige an der richtigen Stelle bewegen, lassen wir unsere Qualität von verschiedenen Fachgesellschaften und unabhängigen Prüfstellen kontrollieren und zertifizieren.

#### **Zertifikat der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. OnkoZert**

Geltungsbereich: Brustzentrum mit Empfehlung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Senologie

Erstzertifizierung: 14.05.2004

Rezertifizierung: 13.07.2007

Gültigkeitsdauer: 14.11.2010

Registernummer: FAB Z034

#### **Zertifikat der LGA InterCert für das Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001:2000**

Geltungsbereich: Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie - Handchirurgie mit den Bereichen Ambulanz, Sprechstunden und Administration, stationäre Ärztliche und Pflegerische Versorgung, OP

Erstzertifizierung: 15.07.2008

Gültig bis: 14.07.2010

Registernummer: QM-1882635

#### **Zertifikat der LGA InterCert für das Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001:2000**

Geltungsbereich: Zentrallabor mit den Bereichen Labororganisation, Proben- und Ergebnismanagement, Klinische Chemie, Hämatologie, Hämostaseologie, Mikrobiologie, Blutgruppenserologie einschließlich des Blutdepotmanagements sowie immunologische Untersuchungen menschlicher Spezimen

Ausstellungsdatum: 17.08.2007

Gültig bis: 16.08.2010

Registernummer: QM-1872646

## QUALITÄTSMANAGEMENT

### **Zertifikat der LGA InterCert für das Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001:2000**

Geltungsbereich: Frauenklinik und Brustzentrum der Gesundheitseinrichtungen Hameln-Pyrmont mit den Bereichen stationäre Ärztliche und Pflegerische Versorgung, OP mit Aufwachraum, Sprechstunden, Kreißsaal, Wochenbettstation sowie den Regelungen zu den Kooperationspartnern und assoziierten Mitgliedern des Brustzentrums.

Ausstellungsdatum: 20.08.2007  
Gültig bis 19.08.2010  
Registernummer: QM-1872584

### **Zertifikat der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie**

Geltungsbereich: Onkologisches Zentrum mit den Bereichen Hämatologisch-Onkologische Praxis, Pathologie, Strahlentherapie, ambulante Palliativmedizin, onkologische Ambulanz, ambulante und stationäre Palliativmedizin, Allgemein- und Abdominalchirurgie, Radiologie, Psychologie, Psychoonkologie und Sozialdienst sowie weiteren Kooperationspartnern

Begehung erfolgte am 16.12.2008  
Registernummer OZ 04-08

### **Zertifikat des NMDP Collection Centers**

Geltungsbereich: Klinik für Hämatologie und Onkologie, Prof. H. Schmidt

Ausstellungsdatum 15.05.2007  
Gültig bis 15.05.09  
Registriernummer: CC#2349

### **Zertifikat des NMDP Apherese Centers**

Geltungsbereich: Klinik für Hämatologie und Onkologie, Prof. H. Schmidt

Ausstellungsdatum 14.07.2007  
Gültig bis 28.07.09  
Registriernummer: CC#9890

Impressum  
Kreis Krankenhaus Hameln

Geschäftsführer  
Marco Kempka, Dr. Ralf Paland

Saint Maur Platz 1  
31785 Hameln

Telefon 05151 97-0  
Telefax 05151 97-2126  
[www.kreis Krankenhaus-hameln.de](http://www.kreis Krankenhaus-hameln.de)

Redaktion  
Peter Höxter  
Kreis Krankenhaus Hameln

Realisation  
Amedick & Sommer GmbH Stuttgart  
[www.amedick-sommer.de](http://www.amedick-sommer.de)

## Kreis Krankenhaus Hameln

Saint Maur Platz 1 | 31785 Hameln | Telefon 05151 97-0 | Telefax 05151 97-2126  
info@kreis-krankenhaus-hamel.de | www.kreis-krankenhaus-hamel.de