

Qualitätsbericht 2004

nach §137 SGB V



Inhalt

Vorwort

Einführung zum Qualitätsbericht	7
---------------------------------	---

Basisteil

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten

A-1.1	Allgemeine Merkmale	9
A-1.2	Institutionskennzeichen	9
A-1.3	Name des Krankenhausträgers	9
A-1.4	Akademisches Lehrkrankenhaus	9
A-1.5	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V	10
A-1.6	Gesamtzahl der 2004 behandelten Patienten	10
A-1.7 A	Fachabteilungen	10
A-1.7 B	Die Top-40 DRG	11
A-1.8	Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote	12
A-1.9	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	12
A-2.0	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	13
A-2.1	Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten	13
A-2.1.1	Apparative Ausstattung	13
A-2.1.2	Therapeutische Möglichkeiten	13

B Struktur- und Leistungsdaten

B-1	Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten	15
B-1.1	Klinik für Allgemein- und Abdominalchirurgie, Gefäßchirurgie	15
B-1.2	Medizinisches Leistungsspektrum	15
B-1.3	Besondere Versorgungsschwerpunkte	15
B-1.4	Weitere Leistungsangebote	15
B-1.5	Die Top-10 DRG	16
B-1.6	Die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen	16
B-1.7	Die 10 häufigsten Operationen, Eingriffe bzw. Leistungen	17
B-1.1	Klinik für Alters- und Stoffwechselerkrankungen	18
B-1.2	Medizinisches Leistungsspektrum	18
B-1.3	Besondere Versorgungsschwerpunkte	18
B-1.4	Weitere Leistungsangebote	19
B-1.5	Die Top-10 DRG	19
B-1.6	Die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen	20
B-1.7	Die 10 häufigsten Operationen, Eingriffe bzw. Leistungen	20

B-1.1	Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe	21
B-1.2	Medizinisches Leistungsspektrum	21
B-1.3	Besondere Versorgungsschwerpunkte	21
B-1.4	Weitere Leistungsangebote	22
B-1.5	Die Top-10 DRG	22
B-1.6	Die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen	23
B-1.7	Die 10 häufigsten Operationen, Eingriffe bzw. Leistungen	23

B-1.1	Klinik für Hämatologie und Onkologie	24
B-1.2	Medizinisches Leistungsspektrum	24
B-1.3	Besondere Versorgungsschwerpunkte	24
B-1.4	Weitere Leistungsangebote	24
B-1.5	Die Top-10 DRG	25
B-1.6	Die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen	25
B-1.7	Die 10 häufigsten Operationen, Eingriffe bzw. Leistungen	26

B-1.1	Klinik für Hepato-Gastroenterologie	27
B-1.2	Medizinisches Leistungsspektrum	27
B-1.3	Besondere Versorgungsschwerpunkte	27
B-1.4	Weitere Leistungsangebote	27
B-1.5	Die Top-10 DRG	28
B-1.6	Die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen	28
B-1.7	Die 10 häufigsten Operationen, Eingriffe bzw. Leistungen	29

B-1.1	Klinik für Kardiologie und interne Intensivmedizin	30
B-1.2	Medizinisches Leistungsspektrum	30
B-1.3	Besondere Versorgungsschwerpunkte	30
B-1.4	Weitere Leistungsangebote	31
B-1.5	Die Top-10 DRG	31
B-1.6	Die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen	32
B-1.7	Die 10 häufigsten Operationen, Eingriffe bzw. Leistungen	32

B-1.1	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	33
B-1.2	Medizinisches Leistungsspektrum	33
B-1.3	Besondere Versorgungsschwerpunkte	33
B-1.4	Weitere Leistungsangebote	34
B-1.5	Die Top-10 DRG	34
B-1.6	Die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen	35
B-1.7	Die 10 häufigsten Operationen, Eingriffe bzw. Leistungen	35

B-1.1	Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie	36
B-1.2	Medizinisches Leistungsspektrum	36
B-1.3	Besondere Versorgungsschwerpunkte	36
B-1.4	Weitere Leistungsangebote	37
B-1.5	Die Top-10 DRG	37
B-1.6	Die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen	38
B-1.7	Die 10 häufigsten Operationen, Eingriffe bzw. Leistungen	38
B-1.1	Klinik für Unfall- und orthopädische Chirurgie	39
B-1.2	Medizinisches Leistungsspektrum	39
B-1.3	Besondere Versorgungsschwerpunkte	39
B-1.4	Weitere Leistungsangebote	39
B-1.5	Die Top-10 DRG	40
B-1.6	Die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen	40
B-1.7	Die 10 häufigsten Operationen, Eingriffe bzw. Leistungen	41
B-1.1	Klinik für Urologie	42
B-1.2	Medizinisches Leistungsspektrum	42
B-1.3	Besondere Versorgungsschwerpunkte	42
B-1.4	Weitere Leistungsangebote	43
B-1.5	Die Top-10 DRG	43
B-1.6	Die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen	44
B-1.7	Die 10 häufigsten Operationen, Eingriffe bzw. Leistungen	44
B-1.1	Belegabteilung Augenheilkunde	45
B-1.2	Medizinisches Leistungsspektrum	45
B-1.3	Besondere Versorgungsschwerpunkte	45
B-1.4	Weitere Leistungsangebote	45
B-1.5	Die Top-10 DRG	45
B-1.6	Die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen	46
B-1.7	Die 10 häufigsten Operationen, Eingriffe bzw. Leistungen	46
B-1.1	Belegabteilung Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	47
B-1.2	Medizinisches Leistungsspektrum	47
B-1.3	Besondere Versorgungsschwerpunkte	47
B-1.4	Weitere Leistungsangebote	47
B-1.5	Die Top-10 DRG	48
B-1.6	Die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen	48
B-1.7	Die 10 häufigsten Operationen, Eingriffe bzw. Leistungen	49

B-1.1	Belegabteilung Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie	50
B-1.2	Medizinisches Leistungsspektrum	50
B-1.3	Besondere Versorgungsschwerpunkte	50
B-1.5	Die Top-10 DRG	50
B-1.6	Die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen	51
B-1.7	Die 10 häufigsten Operationen, Eingriffe bzw. Leistungen	51

B-2	Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten	52
B-2.1	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V Gesamtzahl	52
B-2.2	Top-5 der ambulanten Operationen	52
B-2.3	Sonstige ambulante Leistungen	54
B-2.4	Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst	54
B-2.5	Personalqualifikation im Pflegedienst	55

C Qualitätssicherung

C-1	Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	57
C-2	Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V	58
C-3	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)	58
C-4	Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP)	58
C-5.1	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137	59
C-5.2	Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	59

Systemteil

D	Qualitätspolitik	60 - 63
E	Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	65
E-1	Der Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	65 - 69
E-2	Qualitätsbewertung	69
E-3	Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V	70 - 71
F	Qualitätsmanagementprojekte	73 - 93
G	Weitergehende Informationen	94 - 99



Sehr geehrte Leser,

mit der gesetzlichen Verpflichtung, 2005 erstmals einen strukturierten Qualitätsbericht nach Paragraph 137 SGB V zu veröffentlichen, geben wir Vertretern von Krankenkassen, einweisenden Ärzten, Patienten und allen interessierten Menschen einen Einblick in die täglichen Abläufe unseres Kreiskrankenhauses und stellen uns dem Wettbewerb mit anderen Krankenhäusern der Region.

Sie lernen unser breit gefächertes Leistungsangebot kennen, die Art und Anzahl der wichtigsten Diagnosen und Eingriffe sowie die Qualifikation unserer mehr als 1.200 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Wir berichten über unseren hohen Qualitätsanspruch und stellen Ihnen Pläne und Projekte vor.

Der Qualitätsgedanke ist im Kreiskrankenhaus Hameln fest verwurzelt. Bereits 1993 führten wir ein Qualitätssicherungssystem ein, das einheitliche Qualitätsstandards formuliert und alle Berufsgruppen in den Prozess der Patientenversorgung einbezieht. 1995 bildeten wir für das „Umfassende Qualitätsmanagement“ (UQM) erstmals Fachpersonal aus und richteten Qualitätszirkel ein, die den Qualitätsgedanken weiter festigten. Auf dem Weg der kontinuierlichen Verbesserung etablierten wir 1997 das EFQM-Modell (European Foundation für Quality-Management). Da, wie wir meinen, das EFQM-Modell die Spezifik deutscher Krankenhäuser nicht ausreichend berücksichtigt, engagierten wir uns als eines von bundesweit 25 ausgewählten Pilotkrankenhäusern für das von den Spitzenverbänden der Krankenhäuser, Berufsgruppen und Kostenträgern entwickelte KTQ-Modell (Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus), das wir seitdem erfolgreich anwenden. Das Kreiskrankenhaus Hameln gehört zu den ersten KTQ-zertifizierten Krankenhäusern in Niedersachsen und den ersten zwanzig Einrichtungen bundesweit.

Diese Erfahrungen helfen uns, unsere Leistungen noch weiter zu verbessern. Der vorliegende Qualitätsbericht dokumentiert Zahlen, Daten und Fakten aber auch unseren Weg, unsere Erfahrungen und Ziele.

Klaus-Helmut Jelinek
Verwaltungsdirektor



Einführung zum Qualitätsbericht

A-C Basisteil

- A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten
Hier stellen wir die allgemeinen Merkmale unseres Krankenhauses dar, geben Ihnen einen Überblick über Fachabteilungen und Behandlungsmöglichkeiten, die apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten. Eine Übersicht gibt Auskunft über die Hauptbehandlungsfälle.
- B Struktur- und Leistungsdaten
- B- 1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten
Im Teil B stellen wir die Fachabteilungen des Krankenhauses mit ihren Versorgungsschwerpunkten und Leistungsangeboten dar, informieren über die häufigsten Behandlungsfälle als DRG (Diagnosis Related Group) und die häufigsten Diagnosen (ICD), Eingriffe und Operationen (OPS).
- B- 2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten
Hier stellen wir die Ambulanten Leistungen des Krankenhauses vor. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Mitarbeiterstruktur in der ärztlichen und pflegerischen Versorgung mit Angaben zur Qualifikation und Anzahl der Weiterbildungsermächtigungen.
- C- Qualitätssicherung
Gemäß seinem Leitungsspektrum dokumentieren wir die Teilnahme an den gesetzlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen.

D-G Systemteil

- D In diesem Kapitel stellen wir die strategischen und operativen Ziele der Qualitätspolitik dar.
- E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung.
- E- 1-3 Beschreibt den Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements sowie die Maßnahmen von Selbst- und Fremdbewertungen.
- F Hier finden Sie eine Auflistung im Berichtszeitraum durchgeführten Projekte des Qualitätsmanagements.
- G Weiterführende Informationen
Dieser Teil nennt unter anderem Verantwortliche und Ansprechpartner.

A

Basisteil

Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten

- A-1.1 Allgemeine Merkmale
- A-1.2 Institutionskennzeichen
- A-1.3 Name des Krankenhausträgers
- A-1.4 Akademisches Lehrkrankenhaus
- A-1.5 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V
- A-1.6 Gesamtzahl der 2004 behandelten Patienten
- A-1.7 A Fachabteilungen
- A-1.7 B Die Top-40 DRG
- A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote
- A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- A-2.0 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten
 - A-2.1.1 Apparative Ausstattung
 - A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten



A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten

A-1.1 Allgemeine Merkmale

Kreiskrankenhaus Hameln

Saint Maur Platz 1
31785 Hameln
Telefon 0 51 51 - 97 11 12
Telefax 0 51 51 - 97 11 55

info@kreiskrankenhaus-hameln.de
www.kreiskrankenhaus-hameln.de

A-1.2 Institutionskennzeichen

260320336

A-1.3 Name des Krankenhausträgers

Landkreis Hameln-Pyrmont

A-1.4 Akademisches Lehrkrankenhaus

Das Kreiskrankenhaus Hameln ist akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover.



A-1.5 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V

Zum Stichtag 31. Dezember 2004 hält das Kreiskrankenhaus Hameln 461 Planbetten vor.

A-1.6 Gesamtzahl der 2004 behandelten Patienten

Stationär wurden 20.346 Patienten behandelt, ambulant 20.427.

A-1.7 A Fachabteilungen

Schlüssel nach § 301 SGB V	Name der Klinik	Zahl der Betten	Zahl stationäre Fälle	Hauptabteilung (HA) oder Belegabteilung (BA)	Poliklinik / Ambulanz ja / nein
0100	Klinik für Alters- und Stoffwechselerkrankungen	64	1.592	HA	ja
0300	Klinik für Kardiologie	73	3.212	HA	ja
0500	Klinik für Hämatologie und Onkologie	35	1.583	HA	ja
0700	Klinik für Hepato-Gastroenterologie	41	1.571	HA	ja
1000	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	28	2.118	HA	ja
1500	Klinik für Allgemein- und Abdominalchirurgie, Gefäßchirurgie	61	2.115	HA	ja
1600	Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	64	1.856	HA	ja
1900	Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie	18	399	HA	ja
2200	Klinik für Urologie	18	1.226	HA	ja
2400	Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe	44	3.706	HA	ja
2600	Augenheilkunde	4	217	BA	nein
2700	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	4	428	BA	nein
3500	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	7	323	BA	nein

A-1.7 B DieTop-40 DRG

Rang	DRG		Fallzahl
1	P67	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht über 2.499 g	1.081
2	O60	natürliche Entbindung	830
3	G67	verschiedene gutartige Erkrankungen des Verdauungsapparates	661
4	F43	Herzkatheteruntersuchung, z. B. bei Herzklappenerkrankung	507
5	G60	bösartige Neubildung der Verdauungsorgane	448
6	E62	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	406
7	F62	Herzschwäche und Schock	335
8	L07	endoskopische urologische Eingriffe (außer an der Prostata)	308
9	F15	Gefäßaufdehnung mit Hilfe eines Gerüsts (Stent)	307
10	O01	Kaiserschnitt	256
11	B70	Behandlung von Schlaganfällen	252
12	B80	andere Kopfverletzungen	231
13	I03	Einbau oder Wechsel einer Hüftgelenkprothese	229
14	N04	Gebärmutterentfernung, außer bei bösartiger Neubildung	228
15	F73	Behandlung eines Kreislaufkollaps	221
16	F10	Gefäßaufdehnung bei Herzkranzgefäßverengung bei akutem Herzinfarkt	217
17	G09	Eingriffe bei Leisten- und Schenkelbrüchen	212
18	G48	Darmspiegelung	209
19	B69	vorübergehende Durchblutungsstörungen des Gehirns	207
20	G47	Magenspiegelung bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane	199
21	O65	andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme	197
22	D63	Mittelohrentzündung und Infektion der oberen Luftwege	190
23	F71	nicht schwere Herzrhythmusstörungen und Erregungsleiterstörungen	190
24	C08	Entfernung der Augenlinse	187
25	G66	Behandlung und Beobachtung bei Bauchschmerzen	180
26	J65	Verletzung der Haut, Unterhaut und Brust	173
27	G02	große Eingriffe an Dick- und Dünndarm	163
28	E71	Neubildung der Atmungsorgane	162
29	I13	Eingriffe an Oberarmknochen, Schienbein, Wadenbein, Sprunggelenk	162
30	N06	rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen	158
31	L63	Infektionen der Harnorgane	156
32	H61	bösartige Neubildung an hepatobiliärem System (Leber, Gallenblase, Gallengänge und Bauchspeicheldrüse)	156
33	F74	Brustschmerz	153
34	H08	Gallenblasenentfernung durch Bauchspiegelung	153
35	V60	Alkoholrausch und -entzug, Alter > 17 Jahre oder mehr als ein Belegungsstag ohne äußerst schwere oder schwere Komplikationen	151
36	G07	Blinddarmentfernung bei/ohne Bauchfellentzündung	150
37	R61	Lymphdrüsenkrebs und nicht akute Leukämie	147
38	D11	operative Entfernung der Rachen- oder Gaumenmandeln	146
39	E65	Behandlung der chronischen Bronchitis	145
40	G50	Magenspiegelung bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane	145



A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote

- Linksherzkathetermessplatz
- MRT / CT (Magnet-Resonanz-Tomographie / Computertomographie)
- Brustzentrum (Frauenklinik)
- Gefäßchirurgie
- Stillfreundliches Krankenhaus (WHO-Zertifikat für Förderung des Mutter-Kindkontaktes und des Stillens) - weitere Informationen finden Sie im Systemteil
- Facharztausbildung gemäß Weiterbildungsermächtigung
- Studentenausbildung im Praktischen Jahr

A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

- Zentrale Notfallambulanz (interdisziplinär)
- Schmerzambulanz
- Onkologische Ambulanz
- Ambulante Operationen gem. § 115b SGB V
- Stationsersetzende Therapien gem. § 115b SGB V

Ambulanzen der

- Kardiologie
- Gynäkologie
 - Plastischen Chirurgie
 - Gastroenterologie
 - Urologie



A-2.0 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Unfallchirurgie

Chefarzt Professor Dr. Winfried Berner
Telefon 0 51 51 - 97 22 21

Plastische und Ästhetische Chirurgie

Chefarzt Dr. Albrecht Krause-Bergmann
Telefon 0 51 51 - 97 12 45

A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

A-2.1.1 Apparative Ausstattung

	vorhanden		Verfügbarkeit 24 Stunden sichergestellt	
	ja	nein	ja	nein
Computertomographie (CT)*1	ja		ja	
Magnetresonanztomographie (MRT)*1	ja		ja	
Herzkatheterlabor*2	ja		ja	
Elektroenzephalogramm (EEG)	ja		ja	
Angiographie	ja		ja	
Schlaflabor	ja		ja	
Stammzellenapheresen -(gewinnung)	ja		ja	

*1 in Kooperation mit niedergelassenem Radiologen

*2 in Kooperation mit niedergelassenem Kardiologen

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

	vorhanden	
	ja	nein
Physiotherapie	ja	
Schmerztherapie	ja	
Eigenblutspende	ja	
Thrombolyse	ja	

B

Struktur- und Leistungsdaten

- B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten
- B-1.1 Klinik für Allgemein- und Abdominalchirurgie, Gefäßchirurgie
- B-1.1 Klinik für Alters- und Stoffwechselerkrankungen
- B-1.1 Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
- B-1.1 Klinik für Hämatologie und Onkologie
- B-1.1 Klinik für Hepato-Gastroenterologie
- B-1.1 Klinik für Kardiologie und interne Intensivmedizin
- B-1.1 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
- B-1.1 Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie
- B-1.1 Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie
- B-1.1 Klinik für Urologie
- B-1.1 Belegabteilung Augenheilkunde
- B-1.1 Belegabteilung Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
- B-1.1 Belegabteilung Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie



B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten

B-1.1 Klinik für Allgemein- und Abdominalchirurgie, Gefäßchirurgie

Chefarzt Professor Dr. Markward von Bülow
Telefon 0 51 51 - 97 20 75
Fax 0 51 51 - 97 20 74
E-Mail buelow@kreiskrankenhaus-hamel.n.de

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum

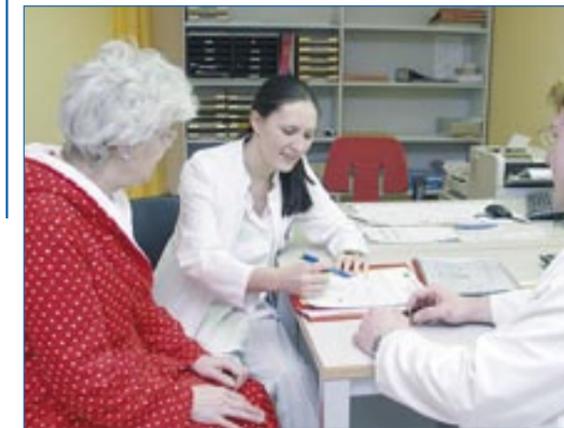
- gesamte Bauchchirurgie bis große Tumorchirurgie
- endokrine Chirurgie
- Gefäßchirurgie

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte

- große Tumorchirurgie
- minimalinvasive Chirurgie
- große Gefäßchirurgie
- proktochirurgische Eingriffe

B-1.4 Weitere Leistungsangebote

- Shuntchirurgie (Blutgefäßverbindungen)
- interdisziplinäre Tumorsprechstunde
- Gefäßsprechstunde



B-1.5 Die Top- 10 DRG der Fachabteilung für Allgemein- und Abdominalchirurgie, Gefäßchirurgie

Rang	DRG		Fallzahl
1	G09	Eingriffe bei Leisten- und Schenkelbruch	208
2	G02	große Eingriffe an Dünn- und Dickdarm	157
3	H08	Gallenblasenentfernung durch Bauchspiegelung	147
4	G07	Blinddarmentfernung bei Bauchfellentzündung	115
5	F08	große, wiederherstellende Eingriffe an den Blutgefäßen	89
6	G11	andere Eingriffe am After	89
7	G67	Magen- und Speiseröhrentzündung, verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane	81
8	G65	Darmverschluss	71
9	G66	Bauchschmerzen oder Lymphdrüsenentzündung im Bauchraum	70
10	G08	Eingriffe bei Bauchwand-, Nabel- und anderen Brüchen	69

B-1.6 Die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen

Rang	ICD-10	Fallzahl	
1	K40	206	Leistenbruch
2	K80	199	Gallensteinleiden
3	K56	109	Darmverschluss ohne Bruch
4	I70	105	Gefäßverkalkung
5	K35	99	akute Blinddarmentzündung
6	C18	88	bösartige Neubildung des Dickdarms
7	K57	83	Divertikelkrankheit des Darnes
8	R10	78	Bauch- und Beckenschmerzen
9	E11	69	nicht primär insulinabhängige Zuckerkrankheit
10	I83	63	Krampfaderleiden der Beine

B-1.7 Die 10 häufigsten Operationen, Eingriffe bzw. Leistungen

Rang	OPS-301	Fallzahl	
1	5-530	234	Verschluss eines Leistenbruches
2	5-511	212	Gallenblasenentfernung
3	5-455	146	Teilentfernung des Dickdarmes
4	5-470	121	Blinddarmentfernung, offen
5	5-393	110	Anlegen eines Bypasses und anderer Gefäßverbindungen
6	5-381	101	Entfernung der Gefäßwandinnenschicht
7	5-469	92	andere Operationen am Darm
8	8-836	79	Gefäßintervention mittels Katheter
9	5-385	77	Unterbindung und Entfernung von Krampfadern am Bein
10	5-380	73	Eröffnung von Blutgefäßen und Entfernung von Gerinnseln



B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Klinik für Alters- und Stoffwechselerkrankungen

Chefarzt Dr. Johannes Meister
 Telefon 0 51 51 - 97 12 48
 Fax 0 51 51 - 97 13 98
 E-Mail meister@kreiskrankenhaus-hamel.de

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum

Behandlung von:

- Patienten mit Diabetes mellitus, d. h. Störungen in Bezug auf den Stoffwechsel, Stoffwechselstörungen im Bereich der Schilddrüse
- Patienten mit Durchblutungsstörungen des Gehirns, z. B. Schlaganfall
- Lungenentzündungen
- Bewusstseinsverlust inkl. Ursachenabklärung

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte

- Magenspiegelungen
- Darmspiegelungen
- Anlage von Ernährungs sonden im Rahmen der Magenspiegelungen
- Schulungen von Diabetikern
- Ultraschalluntersuchungen des Bauchraumes und der Schilddrüse
 - Ultraschalluntersuchungen der gehirnversorgenden Halsgefäße und Darstellung der Blutflüsse zum Gehirn
 - Ultraschalluntersuchung der Beinvenen und Beinarterien

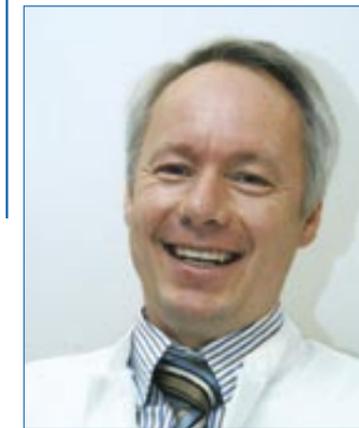


B-1.4 Weitere Leistungsangebote

- individuelles Training der Blutzuckereinstellung
- Schulung zur Eigenblutzuckerkontrolle
- Schulung zur Therapie mit allen modernen Arten der Insulintherapie
- offene Schulungsgruppe für Diabetiker, die auch ambulant kommen können
- Beratung durch eine Diabetesberaterin (Praxiswissen für ein möglichst normales Leben mit der Zuckerkrankheit)

B-1.5 Die Top-10 DRG der Fachabteilung für Alters- und Stoffwechselerkrankungen

Rang	DRG		Fallzahl
1	B69	Hirndurchblutungsstörung Stadium II (TIA) und Gefäßverschlüsse an Hals und Schädelbasis	146
2	B70	Schlaganfall	136
3	E62	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	130
4	F62	Herzversagen und Schock	110
5	K60	Zuckerkrankheit	70
6	F73	Ohnmacht und Kollaps	66
7	K62	verschiedene Stoffwechselerkrankungen	54
8	G67	Entzündung der Speiseröhre und des Magens sowie verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane	40
9	Q61	Erkrankungen der roten Blutkörperchen	40
10	F67	Bluthochdruckkrankheit	33



B-1.6 Die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen

Rang	ICD-10	Fallzahl	
1	G45	145	Hirndurchblutungsstörungen Stadium II (TIA) und verwandte Krankheitsbilder
2	J18	113	Lungenentzündung, Erreger nicht näher bezeichnet
3	I50	105	Herzversagen
4	I64	71	Schlaganfall
5	R55	67	Ohnmacht und Kollaps
6	E11	61	Zuckerkrankheit
7	I63	56	Hirminfarkt
8	F10	39	psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
9	N39	35	sonstige Krankheiten des Harnsystems
10	I10	34	Bluthochdruck

B-1.7 Die 10 häufigsten Operationen, Eingriffe bzw. Leistungen

Rang	OPS-301	Fallzahl	
1	1-632	244	diagnostische Spiegelung von Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm
2	8-929	84	andere neurologische Überwachung
3	1-440	82	Gewebeprobenentnahme an oberem Verdauungsapparat, Gallengängen und Bauchspeicheldrüse mittels Spiegelung
4	8-015	73	Ernährung über den Darm als medizinische Hauptbehandlung
5	8-800	73	Gabe von Blutzellen
6	1-650	71	diagnostische Spiegelung des unteren Verdauungsapparates
7	8-831	48	therapeutische Einlage von Kathetern und Kanülen in Gefäße
8	8-016	29	Ernährung nicht über den Darm als medizinische Hauptbehandlung
9	5-431	28	Anlage einer Magenfistel
10	1-653	21	diagnostische Enddarmspiegelung

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

Chefarzt Dr. med. Thomas Noesselt
 Telefon 0 51 51 - 97 12 41
 Fax 0 51 51 - 97 11 41
 E-Mail noesselt@kreiskrankenhaus-hamel.de

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum

- Leistungen eines Schwerpunktkrankenhauses für Gynäkologie und Geburtshilfe
- zertifiziertes Brustzentrum (Deutsche Krebsgesellschaft)
- zertifiziertes Stillfreundliches Krankenhaus (WHO-Unicef)
- Perinatalzentrum
- Pränataldiagnostik mit Dopplersonographie und Fehlbildungssonographie sowie Nackenfaltemessungen
- zertifiziertes Urogynäkologisches Zentrum (Diagnostik und Behandlung von Harninkontinenzen und Genitalsenkungen)
- Ambulantes OP-Zentrum

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte

- Versorgung von Patienten mit Brustkrebs, Harninkontinenz und Genitalsenkung
- Versorgung durch große operative Gynäkologie
- ambulantes Operieren
- vorgeburtliche Diagnostik
- familienfreundliche Geburtshilfe



B-1.4 Weitere Leistungsangebote

- Referenzzentrum für Inkontinenz-Operationen und minimalinvasive Operationen in der Gynäkologie
- Beratungsstelle der Deutschen Kontinenzgesellschaft
- interdisziplinäres Versorgungszentrum für gynäkologische Karzinomerkrankungen (Gebärmutter, Gebärmutterhals und Eierstöcke)
- Hebammenschule
- gynäkologische Versorgung der Rehabilitationsklinik „Der Fürstenhof“ in Bad Pyrmont
- geburtshilfliche Betreuung von Angehörigen der Britischen Armee
- Ambulanzzentrum für Brustdiagnostik, Urogynäkologie, Praenatalmedizin und Gynäkologische Onkologie

B-1.5 Die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe

Rang	DRG		Fallzahl
1	P67	Neugeborenes mit einem Aufnahmegewicht über 2.499 g	964
2	O60	natürliche Entbindung	830
3	O01	Kaiserschnitt-Entbindung	256
4	N04	Gebärmutterentfernung	228
5	O65	andere vorgeburtliche vorstationäre Aufnahme	194
6	N06	wiederherstellende Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen	154
7	J06	große Eingriffe an der weiblichen Brust bei bösartiger Neubildung	139
8	N07	andere Eingriffe an Gebärmutter, Eierstöcken und Eileiter, außer bei bösartiger Neubildung	112
9	N10	diagnostische Ausschabung, Gebärmutter Spiegelung, Sterilisation, Durchspülen der Eileiter	97
10	O64	wirkungslose Wehen	69



B-1.6 Die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen

Rang	ICD-10	Fallzahl	
1	Z38	971	Menschen, die das Gesundheitswesen im Zusammenhang mit der Reproduktion in Anspruch nehmen
2	O42	200	vorzeitiger Blasensprung
3	C50	174	bösartige Neubildung der Brustdrüse
4	O70	152	Dammriss unter der Geburt
5	N81	150	Genitalvorfall bei der Frau
6	O68	142	Komplikationen bei Wehen und Entbindung
7	O80	132	Entbindung
8	N39	115	sonstige Krankheiten des Harnsystems
9	N83	98	nicht entzündliche Krankheiten der Eierstöcke und Eileiter
10	D25	82	Gebärmuttermyom

B-1.7 Die 10 häufigsten Operationen, Eingriffe bzw. Leistungen

Rang	OPS-301	Fallzahl	
1	9-262	989	Versorgung des Neugeborenen nach der Geburt
2	9-260	573	Überwachung und Leitung einer Geburt
3	5-758	300	Dammriss
4	5-738	297	Dammschnitt und Naht
5	5-683	269	Gebärmutterentfernung
6	5-704	252	Operation bei Scheidensenkung / -vorfall und Beckenbodenplastik
7	5-741	245	Kaiserschnitt
8	5-730	243	künstliche Fruchtblasensprengung
9	5-881	199	Eröffnung (Schnitt) der Brustdrüse
10	9-261	182	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt



B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Klinik für Hämatologie und Onkologie

Chefarzt Prof. Dr. Helmuth Schmidt
 Telefon 0 51 51 - 97 23 96
 Fax 0 51 51 - 97 21 45
 E-Mail schmidth@kreiskrankenhaus-hamel.n.de

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum

- Diagnostik und Behandlung von Patienten mit Tumorerkrankungen
- Behandlung von Patienten mit verstärkter Blutungs- oder Thromboseneigung

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte

- Chemotherapie und Immuntherapie bei Tumorerkrankungen
- autologe Knochenmark- und Stammzelltransplantation
- Palliativtherapie bei Tumorerkrankungen

B-1.4 Weitere Leistungsangebote

- Knochenmark- und Stammzellenentnahme für Fremdspendertransplantationen
- ständige Rekrutierungseinrichtung für die Deutsche Knochenmarksspenderdatei

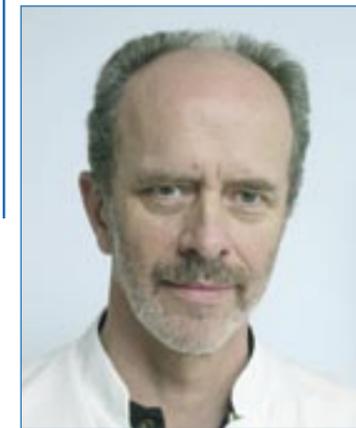


B-1.5 Die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung für Hämatologie / Onkologie

Rang	DRG		Fallzahl
1	G60	bösartige Neubildung der Verdauungsorgane	402
2	E71	Neubildungen der Atmungsorgane	140
3	R61	Lymphknotenvergrößerungen und nicht akute Leukämien	131
4	H61	bösartige Neubildungen an Leber, Gallensystem und Bauchspeicheldrüse	121
5	R65	Neubildungen des Blutes und der blutbildenden Organe und solide Neubildungen	68
6	I65	bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich krankheitsbedingtem Knochenbruch	58
7	E62	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	47
8	B66	Neubildungen des Nervensystems	40
9	T60	Sepsis mit/ohne maschinelle Beatmung	38
10	M60	bösartige Neubildung der männlichen Geschlechtsorgane	34

B-1.6 Die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen

Rang	ICD-10	Fallzahl	
1	C16	161	bösartige Neubildung des Magens
2	C18	155	bösartige Neubildung des Dickdarmes
3	C78	129	sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
4	C34	116	bösartige Neubildung der Luftwege und der Lunge
5	C79	80	sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen Körperstellen
6	C83	46	bösartige Veränderung der Lymphknoten (Non-Hodgkin-Lymphom)
7	A41	40	sonstige Blutvergiftung
8	C81	40	Hodgkin-Krankheit
9	J18	40	Lungenentzündung
10	C15	39	bösartige Neubildung der Speiseröhre



B-1.7 Die 10 häufigsten Operationen, Eingriffe bzw. Leistungen

Rang	OPS-301	Fallzahl	
1	8-543	436	mittelgradig komplizierte und intensive Blockchemotherapie
2	8-542	381	nicht komplizierte Blockchemotherapie
3	8-800	294	Transfusion von Blutzellen
4	8-831	146	Legen, Wechsel und Entfernung eines Katheters in zentrale Venen
5	1-632	71	diagnostische Spiegelung von Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm
6	1-424	40	Gewebeprobenentnahme ohne Schnitt am Knochenmark
7	1-653	39	diagnostische Enddarmspiegelung
8	8-520	35	Oberflächenstrahlentherapie
9	8-152	30	therapeutische Punktion des Brustkorbes durch die Haut
10	8-153	25	therapeutische Punktion des Bauchraumes durch die Haut

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Klinik für Hepato-Gastroenterologie

Chefarzt Priv. Doz. Dr. Franz-Josef Vonnahme
 Telefon 0 51 51 - 97 22 61
 Fax 0 51 51- 97 21 08
 E-Mail vonnahme@kreiskrankenhaus-hameln.de

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum

Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, Gallenblase, Gallenwege, Bauchspeicheldrüse, Speiseröhre, Magen und Darm

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte

- interventionelle Endoskopie und Sonographie
- Therapie chronische Hepatitis C und B

B-1.4 Weitere Leistungsangebote

- Lebersprechstunde
- Proktologie
- Zertrümmerung von Gallen- und Bauchspeicheldrüsensteinen

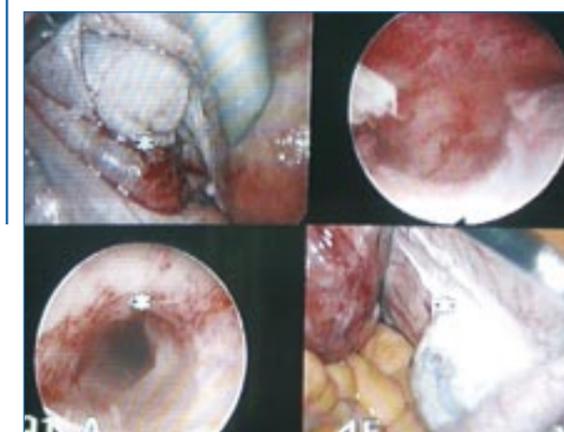


B-1.5 Die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung Hepato-Gastroenterologie

	DRG		Fallzahl
1	G48	Dickdarmspiegelung mit/ohne schwere Begleiterkrankungen und komplizierenden Eingriff	153
2	G47	andere Magenspiegelung bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane	143
3	H41	komplizierte therapeutische Spiegelung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge	131
4	H42	andere therapeutische Spiegelung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge	121
5	V60	Alkoholvergiftung und -entzug	105
6	G67	Entzündung von Speiseröhre/Magen und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane	102
7	G50	andere Magenspiegelung bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane	93
8	H60	Leberzirrhose und alkoholische Leberentzündung	57
9	H63	Erkrankungen der Leber, außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und alkoholische Leberentzündung	35
10	H64	Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen	32

B-1.6 Die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen

Rang	ICD-10	Fallzahl	
1	F10	122	psychische und Verhaltensstörungen durch abhängig machende Substanzen
2	K80	104	Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse
3	K83	93	sonstige Krankheiten der Gallenwege
4	K92	69	sonstige Krankheiten des Verdauungssystems
5	K57	64	Divertikelerkrankung des Darmes
6	A09	53	Durchfall und Magen-Darmerkrankung, vermutlich infektiös
7	K29	51	Entzündung von Magen und Zwölffingerdarm
8	K85	51	akute Bauchspeicheldrüsenerkrankung
9	K74	45	Fibrose und Zirrhose der Leber
10	C25	44	bösartige Neubildung der Bauchspeicheldrüse



B-1.7 Die 10 häufigsten Operationen, Eingriffe bzw. Leistungen

Rang	OPS-301	Fallzahl	
1	1-632	646	diagnostische Spiegelung von Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm
2	5-513	555	endoskopische Eingriffe an den Gallengängen (unter Spiegelung)
3	1-653	473	diagnostische Enddarmspiegelung
4	1-440	396	endoskopische Gewebeentnahme am oberen Verdauungsapparat
5	1-650	258	diagnostische Dickdarmspiegelung
6	1-640	125	diagnostische Darstellung der Gallenwege mittels Kathetereinlage
7	1-444	111	endoskopische Gewebeentnahme am unteren Verdauungsapparat
8	5-452	62	lokale Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarmes
9	1-642	55	diagnostische Darstellung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsenwege durch eingeführten Katheter
10	5-429	51	andere Operationen an der Speiseröhre



B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Klinik für Kardiologie und interne Intensivmedizin

Chefarzt Dr. med. Hubert Topp
 Telefon 0 51 51 - 97 22 05
 Fax 0 51 51 - 97 20 67
 E-Mail topp@kreiskrankenhaus-hamelnde

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum

Behandlung kardiologischer Erkrankungen wie

- akute und chronische Durchblutungsstörungen des Herzens, Herzklappenfehler
- Herzrhythmusstörungen
- Behandlung von chronischen Lungenerkrankungen
- konservative Behandlung von Gefäßerkrankungen
- Behandlung von Durchblutungsstörungen des Gehirnes
- Behandlung von intensivpflichtigen internistischen Patienten

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte

- Linksherzkatheter mit 24-Stunden-Bereitschaft
- Echokardiographie mit Stressechokardiographie sowie transoesophagiale Echocardiographie (TEE)
- Gefäßduplex
- Langzeit-EKG
 - Belastungs-EKG, Kipp-Tisch (Kreislaufbelastungsuntersuchung)



B-1.4 Weitere Leistungsangebote

- Schlaflabor Diagnostik
- Abklärung von Synkopen (kurze Bewusstseinsminderungen aus unterschiedlichen Gründen)
- Schrittmacher- und Defibrillatorimplantationen und -kontrollen
- Betreuung von Patienten mit Herzinsuffizienz

B-1.5 Die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung Kardiologie

Rang	DRG		Fallzahl
1	F43	eindringende (invasive) kardiologische Diagnostik, außer bei Erkrankung der Herzkranzgefäße	507
2	F15	Aufdehnung der Herzkranzgefäße mittels Katheter außer bei akutem Herzinfarkt mit Stentimplantation	307
3	F10	Aufdehnung der Herzkranzgefäße mittels Katheter bei akutem Herzinfarkt	218
4	F62	Herzversagen und Schock	213
5	F71	nicht schwere Herzrhythmusstörung und Erregungsleitungsstörung	169
6	F74	Brustkorbschmerzen	146
7	F73	Ohnmacht und Kollaps	113
8	E65	chronisch obstruktive Atemwegserkrankung (Asthma)	107
9	F67	Bluthochdruck	94
10	B70	Schlaganfall	90



B-1.6 Die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen

Rang	ICD-10	Fallzahl	
1	I20	672	Herzkrankheiten aufgrund von Durchblutungsstörungen
2	I21	342	akuter Herzinfarkt
3	I50	257	Bluthochdruck
4	I25	149	Herzschwäche
5	I48	148	Vorhofflattern und Vorhofflimmern
6	R55	121	Kreislaufschwäche und kurze Bewusstlosigkeit
7	I11	120	Herzkrankheit durch Bluthochdruck
8	Z03	118	ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen
9	J44	103	sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
10	I10	73	Bluthochdruck

B-1.7 Die 10 häufigsten Operationen, Eingriffe bzw. Leistungen

Rang	OPS-301	Fallzahl	
1	1-275	1.190	Linksherz-Katheteruntersuchung über die Schlagader
2	8-837	1.127	Gefäßeingriff an Herz und Herzkranzgefäßen mittels Herzkatheter
3	1-710	378	Messung von Atemwegwiderstand und funktionellem Restvolumen der Lunge
4	8-831	162	Legen, Wechsel und Entfernung eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
5	1-632	136	Diagnostische Spiegelung von Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm
6	3-052	98	Ultraschalluntersuchung des Herzens über die Speiseröhre
7	8-701	88	einfaches Einbringen eines Beatmungsschlauches
8	8-718	88	maschinelle Beatmung
9	1-440	82	Gewebeentnahme an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Bauchspeicheldrüse mittels Spiegelung
10	5-377	69	Einpflanzen eines Herzschrittmachers und Defibrillators

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Chefärztin Dr. med. Etta Jeremie
 Telefon 0 51 51 - 97 22 01
 Fax 0 51 51 - 97 21 25
 E-Mail jeremie@kreiskrankenhaus-hamel.n.de

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum

- Betreuung von Frühgeborenen und kranken Neugeborenen inkl. intensivmedizinischer Behandlung
- Infektionserkrankungen
- Erkrankungen der Atemwege
- Herz-, Kreislaufkrankungen
- Erkrankungen des Verdauungstraktes
- Erkrankungen von Nieren und abgeleiteten Harnwegen sowie des Genitalsystems
- Endokrinologische Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ I
- Typ I Diabetes Mellitus
- Hämatologische Erkrankungen (Erkrankungen des Blutsystems)
- Neuropädiatrie
- Entwicklungsneurologische Beurteilung in der angegliederten Früherkennungsstelle (FES)

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte

- Asthmabehandlung mit differenzierter Lungenfunktionsuntersuchung (Spirometrie und Bodyplethysmographie): ausgebildeter Asthmatrainer
- Spirometrie ggf. Bodyplethysmographie (differenzierte Möglichkeiten der Lungenfunktionsuntersuchung)
- Endokrinologie (Wachstumsstörungen, Erkrankungen der Hormondrüsen)
- Diabetologie mellitus Typ I: Diabetologe DDG
- Behandlung von Krampfleiden (Digitale EEG-Ableitung mit Videoüberwachung)



B-1.4 Weitere Leistungsangebote

- Ultraschalluntersuchung aller Organsysteme inkl. Farbdoppler: Schädel, Bauchraum, Hüften, Schilddrüse, Weichteile, Brustkorb
- Echokardiographie (Ultraschalluntersuchung des Herzens)
- EKG-Ableitung inkl. Langzeituntersuchung über 24 Stunden sowie 24-Stunden-Blutdruckmessung
- Stuhltraining und Schulung bei chronischer Verstopfungsproblematik (Koprostase)
- Behandlung von Kindern mit chronischer Darmerkrankung (Colitis ulcerosa, M. Crohn)
- Akutintervention und Behandlungsplanung bei psychosomatischen Erkrankungen
- Kooperation mit dem Kinderkrankenhaus „Auf der Bult“ Hannover

B-1.5 Die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin

Rang	DRG		Fallzahl
1	G67	Entzündungen der Speiseröhre und des Magens, verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane	428
2	B80	andere Kopfverletzungen	156
3	E62	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	144
4	D63	Mittelohrentzündung und Infektionen der oberen Atemwege	143
5	J65	Verletzung der Haut, Unterhaut und Brustdrüse	115
6	P67	Neugeborenes, Aufnahmegewicht über 2.499 g, ohne schwerwiegenden Eingriff oder Langzeitbeatmung	115
7	E69	Bronchitis und Asthma	69
8	G66	Bauchschmerzen oder Lymphknotenentzündung des Darmtraktes	66
9	D68	Krankheiten / Störungen an Ohr, Nase, Mund und Hals	57
10	B76	Krampfanfälle	54



B-1.6 Die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen

Rang	ICD-10	Fallzahl	
1	A09	306	Durchfall, Magen-Darmerkrankung, vermutlich infektiösen Ursprungs
2	S06	155	Verletzung des Schädelinneren
3	J18	119	Lungenentzündung, Erreger nicht näher bezeichnet
4	J06	107	akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Stellen der oberen Atemwege
5	S00	102	oberflächliche Verletzungen des Kopfes
6	P07	62	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht
7	R10	57	Bauch- und Beckenschmerzen
8	J20	48	akute Bronchitis
9	A08	41	virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen
10	K59	40	sonstige funktionelle Darmstörungen

B-1.7 Die 10 häufigsten Operationen, Eingriffe bzw. Leistungen

Rang	OPS-301	Fallzahl	
1	8-930	826	Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf
2	8-016	739	Ernährung über Tropf und Katheter als medizinische Hauptbehandlung
3	8-929	362	andere neurologische Überwachung
4	1-207	163	EEG-Messung der hirnelektrischen Aktivität
5	8-010	136	Gabe von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen
6	9-262	135	Neugeborenenversorgung nach der Geburt
7	1-208	122	Messung hirnelektrischer Aktivität nach Reizung
8	8-121	110	Darmspülung
9	3-820	59	Kernspintuntersuchung mit Kontrastmittel
10	5-470	40	Blinddarmentfernung



B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie

Chefarzt Dr. med. Albrecht Krause-Bergmann
 Telefon 0 51 51 - 97 12 45
 Fax 0 51 51 - 97 20 65
 E-Mail plastischechirurgie@kreiskrankenhaus-hamel.n.de

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum

- Plastische und Ästhetische Chirurgie / Schönheitschirurgie
- Handchirurgie
- Verbrennungschirurgie
- wiederherstellende Chirurgie nach Unfall oder bösartigen Erkrankungen

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte

Brustchirurgie:

- Brustvergrößerung und -verkleinerung, Korrektur von Fehlbildungen sowie Wiederherstellung nach Krebserkrankung
- zertifiziertes Brustzentrum (gemeinsam mit der Frauenklinik)

Ästhetische Chirurgie:

- Straffungsoperationen im Gesicht, am Bauch und an den Extremitäten, zum Teil mit endoskopischen Techniken

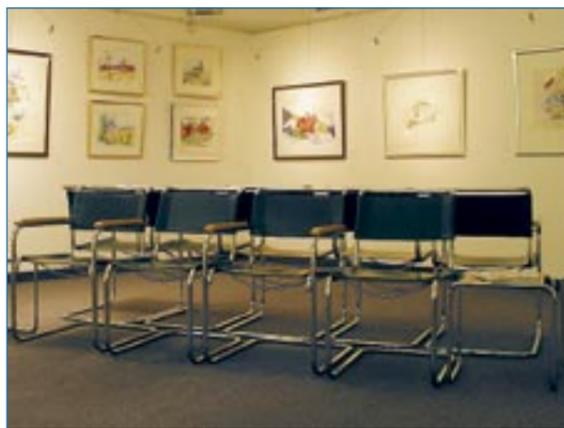


B-1.4 Weitere Leistungsangebote

- Fettabsaugung mit PAL-System (Power Assisted System)
- Laseranwendung

B-1.5 Die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung für Plastische und Ästhetische Chirurgie

Rang	DRG		Fallzahl
1	J08	andere Hautverpflanzung und / oder Wundreinigung	79
2	J15	große Eingriffe an der Brustdrüse außer bei bösartiger Neubildung	47
3	I26	andere Eingriffe an Handgelenk und Hand	35
4	I32	komplizierte Eingriffe an Handgelenk und Hand	32
5	B05	Nervenentlastung bei Karpaltunnelsyndrom (Handnerveneinengung)	28
6	K07	andere Eingriffe bei Fettleibigkeit	20
7	X06	andere Eingriffe bei anderen Verletzungen	14
8	B06	Eingriffe bei hirnbedingter Lähmung, Muskelschwund oder Nervenschädigung	12
9	J11	andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Brustdrüse	11
10	J14	plastische Wiederherstellung der Brustdrüse bei bösartiger Neubildung	9



B-1.6 Die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen

Rang	ICD-10	Fallzahl	
1	C44	47	bösartige Neubildung der Nerven im äußeren Körperbereich
2	G56	42	Erkrankungen einzelner Nerven am Arm
3	N62	42	übermäßiges Wachstum der Brustdrüse
4	M72	41	Wucherungen aus kollagenem Bindegewebe
5	E65	23	umschriebene Fettleibigkeit
6	D48	14	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens an sonstigen und nicht näher bezeichneten Körperstellen
7	L90	14	Hautkrankheiten mit Gewebeschwund
8	C50	12	bösartige Neubildung der Brustdrüse
9	M65	10	Entzündungen von Sehne und Sehnenscheide
10	T81	10	Komplikationen bei Eingriffen

B-1.7 Die 10 häufigsten Operationen, Eingriffe bzw. Leistungen

Rang	OPS-301	Fallzahl	
1	5-903	77	umschriebene Lappenplastik an Haut und Unterhaut
2	5-895	68	plastische Wiederherstellung der Brustdrüse mit Haut- und Muskelverpflanzung
3	5-892	67	andere Eröffnungen an Haut und Unterhaut
4	5-893	58	chirurgische Wundreinigung und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
5	5-902	55	freie Hautverpflanzung, Empfängerstelle
6	5-056	53	Druckentlastung eines Nerven
7	5-901	52	freie Hautverpflanzung, Entnahmestelle
8	5-911	50	Gewebeverkleinerung an Haut und Unterhaut
9	5-842	49	Operationen an Muskelhüllen der Hohlhand und der Finger
10	5-894	47	umschriebene Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut



B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

Chefarzt Professor Dr. Winfried Berner
 Telefon 0 51 51 - 97 22 21
 Fax 0 51 51 - 97 21 48
 E-Mail berner@kreiskrankenhaus-hamel.de

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum

Versorgung aller unfallchirurgischen Verletzungen sowie vieler erworbener Fehlbildungen oder Erkrankungen des Bewegungsapparates

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte

operative Frakturversorgung sowohl der langen Röhrenknochen, des Beckens und der Wirbelsäule, als auch der kleinen Knochen, endoprothetischer Gelenkersatz an Hüfte, Knie, Schulter und Sprunggelenk, Umstellungsosteotomien zur Wiederherstellung physiologischer Achsverhältnisse, arthroskopische Operationen an allen großen Gelenken, minimalinvasive Operationstechniken

B-1.4 Weitere Leistungsangebote

Alternative Behandlungsmethoden von Verletzungen des Bewegungsapparates ohne Operation: Achillessehnenriss, Sprengung des Schultergelenkes, Riss der Außenbänder am Sprunggelenk

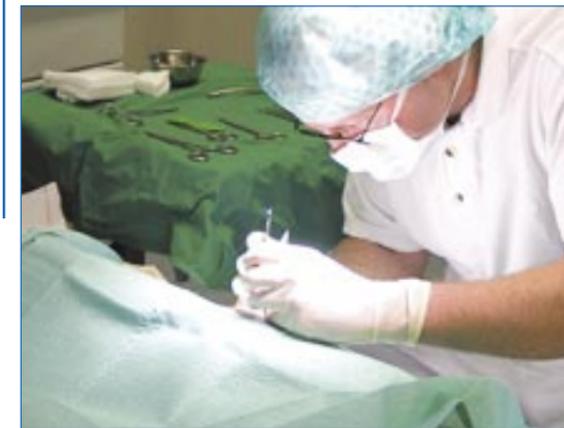


B-1.5 Die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

Rang	DRG		Fallzahl
1	I03	Eingriffe am Hüftgelenk, Revision des Hüftgelenkes oder Ersatz des Hüftgelenkes	228
2	I13	Knocheneingriffe an Oberarm, Schien- / Wadenbein und Sprunggelenk	158
3	I18	andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm	140
4	I68	nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich	110
5	I08	andere Eingriffe an Hüftgelenk und Oberschenkelknochen	109
6	I04	Ersatz des Kniegelenkes und Einbau am Kniegelenk	87
7	B80	andere Kopfverletzungen	72
8	X60	Verletzungen	54
9	I31	komplizierte Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm	53
10	I02	Gewebe- und Hautverpflanzung	51

B-1.6 Die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen

Rang	ICD-10	Fallzahl	
1	S72	210	Bruch des Oberschenkelknochens
2	M16	150	Arthrose (degenerative Gelenkerkrankung) des Hüftgelenkes
3	S82	142	Bruch des Unterschenkels, einschl. des oberen Sprunggelenkes
4	M17	126	Arthrose des Kniegelenkes
5	S42	100	Bruch im Bereich der Schulter und des Oberarmes
6	S52	96	Bruch des Unterarmes
7	S06	82	Verletzung des Schädelinneren
8	S22	80	Bruch der Rippen, des Brustbeins und der Brustwirbelsäule
9	S32	77	Bruch der Lendenwirbelsäule und des Beckens
10	M23	69	innere Schädigung des Kniegelenks



B-1.7 Die 10 häufigsten Operationen, Eingriffe bzw. Leistungen

Rang	OPS-301	Fallzahl	
1	5-790	237	geschlossenes Einrichten eines Bruches oder einer Wachstumsfugensprengung mit Stabilisierung durch Metallteile
2	5-820	233	Einbau einer inneren Prothese am Hüftgelenk
3	5-787	160	Entfernung von Metallteilen zur Knochenstabilisierung
4	5-916	158	vorübergehende Deckung eines Weichteildefektes
5	5-812	151	Operation am Gelenknorpel und an den Menisken mittels Gelenkspiegelung
6	5-893	148	chirurgische Wundsäuberung und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
7	5-794	135	offenes Einrichten eines mehrteiligen Knochenbruches im Bereich eines langen Röhrenknochens mit Stabilisierung durch Metallteile
8	5-800	109	offener chirurgischer Eingriff an einem Gelenk
9	5-900	101	einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut
10	5-793	89	offenes Einrichten eines Knochenbruches im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens



B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Klinik für Urologie

Chefarzt Dr. med. Michael Baumann
 Telefon 0 51 51 - 97 22 11
 Fax 0 51 51 - 97 21 29
 E-Mail baumann@kreiskrankenhaus-hamel.n.de

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum

- Tumoroperationen bei Nieren-, Harnleiter-, Blasen-, Prostata-, Hodentumoren (bis hin zur Blasenentfernung und Ersatzblasenbildung aus eigenem Darm)
- Steinbehandlung bei Nieren-, Harnleiter- und Blasensteinen (Steinzertrümmerung, Harnleiterspigelung, Nierenspiegelung, offene Operation)
- Prostataoperationen bei gutartiger Vergrößerung (endoskopische Aushoblung und offene Operationen)
- Operationen am männlichen Genitale (Beschneidung, Hodenkrampfader etc.) bei Kindern fast immer ambulant
- Operationen bei urologischen Fehlbildungen (minimalinvasive „Knopflochchirurgie“)

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte

- Radikale Tumorchirurgie
- Steinbehandlung
- Endourologie (Endoskopische Harnsteinbehandlung inkl. Fluoreszenz-Zystoskopie und -TUR)



B-1.4 Weitere Leistungsangebote

- Ambulante Operationen
- Urologisches Röntgen
- Ultraschall
- Flexible Zystoskopie / Ureterorenoskopie (Harnleiter- und Nierenspiegelung)
- Versorgung neurologischer Patienten

B-1.5 Die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung für Urologie

Rang	DRG		Fallzahl
1	L07	Eingriffe durch die Harnröhre außer an der Vorsteherdrüse (Prostata)	306
2	M01	große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann	103
3	L42	Zertrümmerung von Harnsteinen durch Ultraschallwellen	83
4	M04	Eingriffe am Hoden	83
5	M02	Entfernung von Vorsteherdrüsengewebe durch die Harnröhre	77
6	L64	Harnsteine und Verlegung der Harnwege	63
7	L63	Infektionen der Harnorgane	57
8	M03	Eingriffe am Penis	57
9	L03	Nieren-, Harnleiter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung	41
10	L08	Eingriffe an der Harnröhre	37



B-1.6 Die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen

Rang	ICD-10	Fallzahl	
1	C67	272	bösartige Neubildung der Harnblase
2	N20	173	Nieren- und Harnleiterstein
3	N40	149	Wucherung der Vorsteherdrüse
4	C61	122	bösartige Neubildung der Vorsteherdrüse (Prostata)
5	N13	79	Harnwegserkrankungen durch Abflusshindernisse und Harnrückfluss
6	N30	42	Harnblasenentzündung
7	N43	39	Wasserbruch und Samenbruch
8	N35	31	Verengung der Harnröhre
9	D41	26	Neubildung unsicheren Verhaltens der Hamorgane
10	C64	25	bösartige Neubildung der Niere

B-1.7 Die 10 häufigsten Operationen, Eingriffe bzw. Leistungen

Rang	OPS-301	Fallzahl	
1	5-573	364	Schnitt, Entfernung, Zerstörung und Abtragung von (erkranktem) Gewebe der Harnblase
2	5-585	156	Schnitt von (erkranktem) Gewebe der Harnröhre durch Spiegelung
3	8-137	150	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Harnleiterschleife
4	5-601	147	Entfernung und Abtragung von Gewebe der Vorsteherdrüse durch die Harnröhre
5	8-110	90	Zertrümmerung von Steinen in den Harnorganen durch Ultraschallwellen
6	5-604	79	vollständige Entfernung von Vorsteherdrüse (Prostata) und Harnblase
7	1-661	70	diagnostische Spiegelung von Harnröhre und Harnblase
8	5-572	65	Ableitung der Harnblase
9	5-562	54	Eröffnung des Harnleiters, Steinbehandlung durch Zugang über Haut und Niere sowie über die Harnröhre
10	5-570	40	Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Blutkuchen in der Harnblase mittels Spiegelung



B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Belegabteilung Augenheilkunde

Belegärzte Dr. med. Franck Morche
Dr. med. Tilmann Weinreich

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum

operative und nichtoperative Behandlung von Augenerkrankungen

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte

operative Eingriffe bei Liderkrankungen, Tränenwegserkrankungen, Augenbewegungsstörungen und Fehlstellungen, Linsentrübung (Katarakt) und Glaukom (Augenhochdruck)

B-1.4 Weitere Leistungsangebote

- Lasereingriffe an den Augenlidern (Blepharoplastik)

B-1.5 Die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Belegabteilung Augenheilkunde

Rang	DRG		Fallzahl
1	C08	extrakapsuläre Entfernung der Linse	185
2	C06	komplizierte Eingriffe bei grünem Star	14
3	C15	andere Eingriffe an der Netzhaut	4
4	C03	Eingriffe an der Netzhaut mit Glaskörperentfernung	2
5	C05	Wiederherstellung der Tränenwege	2
6	C07	andere Eingriffe bei grünem Star	2
7	C10	Eingriffe bei Schielen	2
8	C62	Blutansammlung in der vorderen Augenkammer und konservativ behandelte Augenverletzungen	2
9	C60	akute und schwere Augenentzündung	1
10	C61	neurologische/gefäßbedingte Erkrankungen des Auges	1

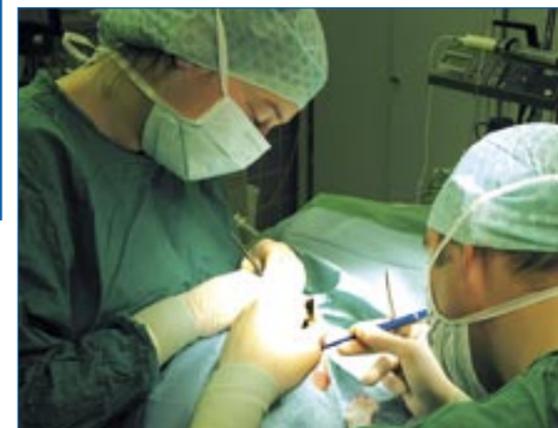


B-1.6 Die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen

Rang	ICD-10	Fallzahl	
1	H25	171	Grauer Altersstar
2	H26	31	sonstige Formen des grauen Stars
3	H40	4	Grüner Star
4	H04	2	Erkrankungen des Tränenapparates
5	H16	2	Hornhautentzündung
6	H50	2	sonstige Formen des Schielens
7	T26	2	Verbrennungen oder Verätzung, begrenzt auf das Auge und seine Anhangsgebilde
8	H34	1	Netzhautgefäßverschluss
9	H35	1	sonstige Erkrankungen der Netzhaut
10	H44	1	Erkrankungen des Augapfels

B-1.7 Die 10 häufigsten Operationen, Eingriffe bzw. Leistungen

Rang	OPS-301	Fallzahl	
1	5-144	202	extrakapsuläre Entfernung der Linse
2	5-133	14	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation
3	5-159	4	Glaskörperentfernung über anderen Zugang und andere Operationen am Glaskörper
4	5-10a	2	verstärkende Eingriffe an einem geraden Augenmuskel
5	5-10b	2	schwächende Eingriffe an einem geraden Augenmuskel
6	5-158	2	operative Glaskörperentfernung und Ersatz
7	5-087	2	Wiederherstellung der Tränenwege
8	5-10k	2	kombinierte Operationen an den geraden Augenmuskeln
9	5-143	2	intrakapsuläre Entfernung der Linse
10	8-170	1	therapeutische Spülung des Auges



B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Belegabteilung Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

Belegärzte Markus Kurbach
Andrea Höfner

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum

Kleine HNO-Chirurgie, z. B. Muschelkaustik, Probeentnahmen, Haut- und Schleimhautentfernungen, Abszessspaltungen, Entfernung der Gaumen- und Rachenmandeln, Einlegen von Paukendrainagen, Nasen- und Nasennebenhöhlenchirurgie

Konservative Hörsturzbehandlung sowie stationäre Überwachung nach Nasentamponade bei Epistaxis (Nasenbluten), sowie Infusionstherapie bei akuten Infektionserkrankungen im HNO-Bereich, Plastische Operationen, z.B. Otopexie (Korrektur absteigender Ohrmuscheln), Kehlkopf- und Nasenchirurgie

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte

- Implantationschirurgie (Hörgeräte)
- Schnarchoperationen

B-1.4 Weitere Leistungsangebote

Audiologische (Gehörgangs-) und vestibuläre (Begriff) (Kehlkopfvorhof-) Diagnostik, Allergiediagnostik, Geruchs- und Geschmacksprüfung, Videostroboskopie (Stimmlippenfrequenzuntersuchung), Hörgeräteversorgung (mit Akustiker), Stimm- und Sprachtherapieverordnung



B-1.5 Die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Belegabteilung Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

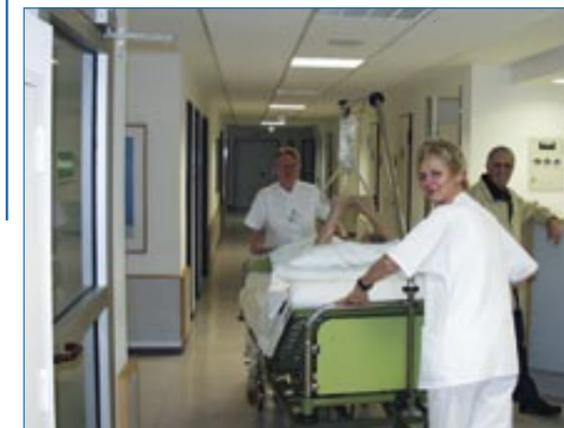
Rang	DRG		Fallzahl
1	D11	Entfernung der Gaumenmandeln	143
2	D06	Eingriffe an Nasennebenhöhlen/Warzenfortsatz/komplexe Eingriffe am Mittelohr	93
3	D66	andere Krankheiten im HNO-Bereich	36
4	D63	Mittelohrentzündung und Infektionen der oberen Atemwege	34
5	D09	verschiedene Eingriffe im HNO-Bereich	31
6	D10	verschiedene Eingriffe an der Nase	17
7	D14	Eingriffe bei gutartigen Krankheiten / Störungen im HNO-Bereich – ein Belegungstag	14
8	D61	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel)	14
9	D62	Nasenbluten	9
10	D68	Krankheiten / Störungen im HNO- Bereich – ein Belegungstag	7

B-1.6 Die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen

Rang	ICD-10	Fallzahl	
1	J35	157	chronische Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln
2	J34	82	sonstige Krankheiten der Nase und Nasennebenhöhlen
3	J32	26	chronische Nebenhöhlenentzündung
4	H91	20	sonstiger Hörverlust
5	J37	15	chronische Entzündung des Kehlkopfes und der oberen Luftröhre
6	H81	13	Störungen des Gleichgewichtssinnes
7	J36	13	Mandelabszess
8	S02	13	Knochenbruch des Schädels und der Gesichtsknochen
9	J38	12	Krankheiten der Stimmlippen und des Kehlkopfes
10	R04	12	Blutung aus den Atemwegen

B-1.7 Die 10 häufigsten Operationen, Eingriffe bzw. Leistungen

Rang	OPS-301	Fallzahl	
1	5-221	100	Operationen an der Kieferhöhle
2	5-214	98	Entfernung und Wiederaufbau der Nasenscheidewand
3	5-215	85	Operationen an der unteren Nasenmuschel
4	5-282	79	Entfernung von Gaumen- und Rachenmandeln
5	5-281	64	Entfernung nur der Gaumenmandeln
6	5-300	60	Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe des Kehlkopfes
7	5-200	45	Eröffnung des Trommelfells
8	5-222	35	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle
9	5-285	17	Entfernung der Rachenmandeln
10	5-275	11	Gaumenplastik



B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Belegabteilung Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie

Belegarzt Dr. Klaus-Peter Seifert

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum

- Traumatologie
- Abszesschirurgie
- Drüsenchirurgie sowie Tumorchirurgie
- Weichteilrekonstruktion und Fehlbildungschirurgie im Hals-Kopf-Bereich

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte

Frakturbehandlung in Zusammenarbeit mit der Abteilung Unfall- und Wiederherstellungschirurgie
Zahnbehandlung bei behinderten Patienten inklusive der zahnärztlichen Implantologie

B-1.5 Die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Belegabteilung für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie

Rang	DRG		Fallzahl
1	D08	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei / ohne bösartige Neubildung	113
2	B07	Eingriffe an nicht zentralen Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems	26
3	D40	Zahntfernung und Wiederherstellung	22
4	D04	Operationen am Oberkiefer	18
5	D02	große Eingriffe an Kopf und Hals	16
6	D67	Erkrankungen von Zähnen und Mundhöhle, ohne Zahntfernung und Wiederherstellung	16
7	D14	Eingriffe bei Krankheiten und Störungen von Ohr, Nase, Mund und Hals	15
8	D12	andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals	10
9	J08	andere Hauttransplantation und / oder Wundreinigung	10
10	D66	andere Krankheiten im HNO-Bereich	7

B-1.6 Die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen

Rang	ICD-10	Fallzahl	
1	K04	115	Krankheiten des Zahnfleisches und des Gewebes in der Umgebung der Zahnwurzelspitze
2	S02	76	Bruch des Schädels und der Gesichtsschädelknochen
3	K12	17	Entzündung der Mundschleimhaut
4	K11	16	Krankheiten der Speicheldrüse
5	C04	13	bösartige Neubildung des Mundbodens
6	J39	8	sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
7	L02	8	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel
8	T81	8	Komplikationen bei Eingriffen, andernorts nicht klassifiziert
9	C06	4	bösartige Neubildung sonstiger Teile des Mundes
10	D48	4	Neubildung unsicheren Verhaltens an sonstigen Stellen

B-1.7 Die 10 häufigsten Operationen, Eingriffe bzw. Leistungen

Rang	OPS-301	Fallzahl	
1	5-241	552	plastischer Eingriff am Zahnfleisch
2	5-903	505	örtliche Lappenplastik an Haut und Unterhaut
3	5-249	170	andere Operationen an Gebiss, Zahnfleisch und Alveolen
4	5-056	142	Befreiung eines Nerven aus Verklebungen
5	5-231	131	operative Zahntfernung (durch Knochenöffnung)
6	5-243	63	Entfernung einer von den Zähnen ausgehenden krankhaften Veränderung des Kiefers
7	5-211	62	Schnitteröffnung der Nase
8	5-262	57	Entfernung einer Speicheldrüse
9	5-237	55	Entfernung einer Wurzelspitze und Wurzelkanalbehandlung
10	5-216	50	Einrichten einer gebrochenen Nase



B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-2.1 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V Gesamtzahl

Die Zahl der ambulanten Operationen im Berichtsjahr beträgt 2.768.

B-2.2 Top-5 der ambulanten Operationen

Allgemein- und Abdominalchirurgie, Gefäßchirurgie

	EBM-Nummer	Eingriff / Operation	Fallzahl
1	2821	Einpflanzen eines Medikamentenreservoir (Port)	94
2	2862	Krampfaderoperation Innenseite Ober- / Unterschenkel	28
3	2105	Gewebeprobenentnahme	21
4	2012	Fremdkörperentfernung	9
5	2861	Krampfaderoperation Außenseite Unterschenkel	8

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

	EBM-Nummer	Eingriff/Operation	Fallzahl
1	2447	Gelenkspiegelung (Arthroskopie, arthroskopische OP)	133
2	2361	Metallentfernung (Draht, Schraube)	25
3	2340	Bruchschienung mittels Drahtfixierung durch die Haut	24
4	2363	Metallentfernung (Platte) an großen Knochen	21
5	2321	Unterarm- / Unterschenkelbruch Reposition	16



Plastische und Ästhetische Chirurgie

	EBM-Nummer	Eingriff / Operation	Fallzahl
1	2105	Gewebeprobenentnahme	185
2	2220	Schnenscheidenstenosenoperation, Entfernen eines Ganglion etc. an Hand-, Finger- oder Fußgelenk	137
3	2275	Operation des Karpal- oder Tarsaltunnelsyndroms (Nerveneinengung)	127
4	2106	Schleimbeutelentfernung	103
5	2251	Sehnenplastik	19

Gynäkologie und Geburtshilfe

	EBM-Nummer	Eingriff / Operation	Fallzahl
1	1104	Ausschabung der Gebärmutter	106
2	1110	Spiegelung der Gebärmutter	105
3	1060	Gebärmutterausräumung	77
4	1041	Lösung der Plazenta	18
5	1102	Polypentfernung am Gebärmutterhals	17

Urologie

	EBM-Nummer	Eingriff / Operation	Fallzahl
1	1741	Plastische Operation an der Vorhaut	68
2	1787	Harnleiterschienung (Uretherschiene)	15
3	1785	Blasenspiegelung, Mann (Zystoskopie)	10
4	1759	Krampfaderbruch (Varikozele) am Hoden	9
5	1784	Blasenspiegelung, Frau (Zystoskopie)	7

Hepato-Gastroenterologie

	EBM-Nummer	Eingriff / Operation	Fallzahl
1	764	Totale Darmspiegelung (Koloskopie)	411
2	741	Magenspiegelung (Gastroskopie, teilw. Dünndarmspiegelung)	121

Kardiologie

	EBM-Nummer	Eingriff / Operation	Fallzahl
1	5120	Herzkatheteruntersuchung inkl. Herzkranzgefäßdarstellung	38

B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen

- Schmerzzambulanz
- onkologische Ambulanz

B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst (Stichtag 31.12. 2004)

	Abteilung	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl Ärzte in der Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
0200	Alters- und Stoffwechselerkrankungen	9	7	2
0300	Kardiologie	20	13	7
0500	Hämatologie und intern. Onkologie	9	5	4
0700	Gastroenterologie	8	5	3
1500	Allgemeine Chirurgie	12	5	7
1600	Unfallchirurgie	13	7	6
1900	Plastische und Ästhetische Chirurgie	5	3	2
2200	Urologie	5	2	3
2425	Frauenheilkunde	13	6	7
3751	Radiologie/Röntgendiagnostik	4	2	2
	Anästhesie	22	10	12
	Gesamt	120	65	55

Gesamt-Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis: 14



B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst

B -2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst (Stichtag: 31.12.2004, teilw. interdisziplinäre Belegung)						
Schlüssel nach 301 SGBV	Abteilung	Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte		prozentualer Anteil der examinierten Krankenpflegekräfte/ MTRA (3 Jahre) in Prozent	Anteil der Pflegekräfte mit zusätzlicher Fachweiterbildung in Prozent	Anteil der KPH (1 Jahr), Arzthelfer, Erzieher, Pflegehelfer in Prozent
		MA	Vollkräfte			
100	Innere Medizin Alters- und Stoffwechselerkrankungen	36	26,19	94,44	0,00	5,56
300	Kardiologie	37	28,4	94,00	0,00	6,00
	kardiol. Funktionsdienst inkl. LHKM	11	10,15	9,09	0,00	90,91
500	Onkologie/ Hämatologie	25	18,06	92,00	0,00	8,00
700	Gastroenterologie	20	15,81	95,00	0,00	5,00
	Endoskopie inkl. Sonographie	8	6,37	75,00	50,00	25,00
1000	Pädiatrie	47	25,12	97,87	2,13	2,13
1500	Allgemeinchirurgie inkl. Gefäßchirurgie	30	24,28	100,00	0,00	0,00
1600	Unfallchirurgie	36	27,22	94,44	0,00	5,56
1900	Plastische und Ästhet. Chirurgie	10	7,44	90,00	0,00	10,00
2200	Urologie	8	12,03	100,00	0,00	0,00
2425	Frauenheilkunde	15	10,41	93,34	0,00	6,66
2500	Geburtshilfe	17	13,7	100,00	5,88	0,00
	Kreißsaal	17	9,31	100,00	0,00	0,00
2600	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	2	1,22	100,00	0,00	0,00
2700	Augenheilkunde	2	1,68	100,00	0,00	0,00
3500	Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie	3	2,4	100,00	0,00	0,00
3600	interdisziplinäre Intensivstation	46	30,16	100,00	36,96	0,00
	interdisziplinäre Intermediate Care	25	18,18	100,00	28,00	0,00
	Anästhesie	16	12,38	100,00	93,75	0,00
	Zentral-OP inkl. Zentralsterilisation	34	31,6	82,35	55,88	17,65
	Ambulanzen inkl. Notaufnahme + Ambulantes Zentrum	32	24,92	78,12	3,13	21,88
	Springerpool + zentrale Dienste (hausint. Patiententransport + Hausnachtdienst)	66	26,3	71,21	0,00	28,79
	Gesundheits- u. Krankenpflegeschüler	94	13,43	0,00	0,00	0,00
	Gesamt	637	396,76	89,86	11,99	10,14

C

Qualitätssicherung

- C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V
- C-2 Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V
- C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)
- C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP)
- C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V
- C-5.2 Ergänzende Angaben bei Nichtumsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V



C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Zugelassene Krankenhäuser sind gesetzlich zur Teilnahme an der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V verpflichtet. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

	Leistungsbereich	Leistungsbereich wird vom Krankenhaus erbracht		Teilnahme an der externen Qualitätssicherung	
		ja	nein	ja	nein
1	Aortenklappenchirurgie		nein		nein
2	Cholezystektomie	ja		ja	
3	gynäkologische Operationen	ja		ja	
4	Herzschrittmacher-Erstimplantation	ja		ja	
5	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	ja		ja	
6	Herzschrittmacher-Revision	ja		ja	
7	Herztransplantation		nein		nein
8	hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrochantäre Frakturen)	ja		ja	
9	Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel	ja		ja	
10	Karotis-Rekonstruktion	ja		ja	
11	Knie-Totalendoprothese (TEP)	ja		ja	
12	Knie-Totalendoprothesen-Wechsel	ja		ja	
13	kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie		nein		nein
14	Koronarangiografie / Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)	ja		ja	
15	Koronarchirurgie		nein		nein
16	Mammachirurgie	ja		ja	
17	Perinatalmedizin	ja		ja	
18	Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche	ja		ja	
19	Totalendoprothese (TEP) bei Koxarthrose	ja		ja	
20	Gesamt				



C-2 Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V

Eine Aufstellung der einbezogenen Leistungsbereiche wird im Qualitätsbericht 2007 berücksichtigt.

C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)

Percutane transluminale Angioplastie (PTA).

C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP)

Gemäß seines Leistungsspektrums nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP-Qualitätssicherungsmaßnahmen teil:

- Diabetes mellitus
- Brustkrebs
- koronare Herzkrankheiten
- chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen (Asthma und Bronchitis).



C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V

Leistung 1	OPS der einbezogenen Leistungen 1	Mindestmenge 1 (pro Jahr) pro KH / pro gelistetem Operateur 2	Leistung wird im Krankenhaus erbracht (ja / nein)	Erbrachte Menge (pro Jahr) Pro KH (4a) / pro gelistetem Operateur (4b) 2	
				4a	4b
1a	1b	2	3		
komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus		5/5			
	5-424.1		ja	3	3
	5-424.2		ja	2	2
komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas		5/5			
	5-521.0		ja	1	1
	5-521.2		ja	3	3
	5-524.0		ja	1	1
Stammzelltransplantation		12+/- 2 [10-14]			
	5-411.00				
	5-411.01		ja	4	
	8-805.01		ja	8	

C-5.2 Ergänzende Angaben bei Nichtumsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V

Dieser Punkt trifft 2004 für das Kreiskrankenhaus Hameln nicht zu.

D

Systemteil

Qualitätspolitik



D Qualitätspolitik

Das Kreiskrankenhaus Hameln ist Akutkrankenhaus für den Landkreis Hameln-Pyrmont mit zunehmend überregionaler Bedeutung. Die Krankenhausleitung verfolgt das Ziel, den Versorgungsauftrag des Krankenhauses unter Erhaltung der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit bei höchstmöglicher Qualität in der medizinischen und pflegerischen Leistung zu erfüllen und dabei die Qualität der Patientenversorgung in den Vordergrund zu stellen.

Bereits 1993 führte sie ein Qualitätssicherungssystem mit folgenden Grundsätzen ein:

- Die Krankenhausleitung ist für die Einführung des Qualitätssicherungssystems verantwortlich.
- Der Patient steht im Mittelpunkt 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.

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, Quedlinburg 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 Qualitätsmanagements (UQM) auf alle Ebenen, alle Berufszweige in beiden Betriebsteilen sowie dem angegliederten Seniorenheim.



Das Kreiskrankenhaus Hameln ging auf dem Gebiet des Qualitätsmanagements häufig neue Wege. So konnten die Vorgaben aus anderen Branchen zwar herangezogen werden, auch theoretische Anleitungen standen zunehmend zur Verfügung, jedoch fehlten in den Jahren 1995 bis 1998 Praxisbeispiele, an denen wir uns orientieren konnten.

Umfassendes Qualitätsmanagement (UQM) und EFQM bildeten die Grundlage

1998 legten wir die heute gültige Qualitätsmanagementstruktur fest. Danach liegt die qualitätsbezogene Unternehmensführung in der Verantwortung der Krankenhausleitung, unterstützt durch ein QMB-Team mit drei Mitarbeitern aus Pflegedienst, Verwaltung und ärztlichem Dienst. Das QMB-Team realisiert die Projektarbeit im Rahmen der abgestimmten Methodik und Zielvorgaben und hat Zugriff auf alle notwendigen Ressourcen. Die Zusammensetzung des QMB-Teams stellt sicher, dass die Belange aller Berufsgruppen berücksichtigt werden. Die Mitarbeiter des Kreiskrankenhauses Hameln sind über Qualitätszirkel durch Qualitäts- und Projektteams in die Verbesserungsprojekte eingebunden. Die UQM-Informationen, Schulungen und Anleitungen erfolgen Top-down. Anregungen für Projektarbeiten greifen das QMB-Team bzw. die Qualitätsmanagementbeauftragten auf. 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 bisherigen Standes an. Der Krankenhausverwaltungsdirektor, die Pflegedienstleiterin 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 Zuge der Ausschreibung für den Niedersächsischen Qualitätspreis überarbeiteten wir den Bericht nach den Richtlinien des neuen EFQM-Modell für Excellence 1999.



Doch auch diese Entwicklung erfuhr eine Veränderung. 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.

KTQ-zertifiziert seit 2003

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. Unseren Qualitätsbericht für 2003 lesen Sie unter www.ktq.de.

Da Stillstand Rückschritt bedeutet, arbeiteten wir ab sofort 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. Die Zertifikate „Stillfreundliches Krankenhaus“ und „Brustzentrum“ wurden durch ein Überwachungsaudit 2004 bzw. 2005 bestätigt.

Mit unserer Qualitätspolitik verfolgen wir das Ziel der größtmöglichen Verbesserung unserer Leistungen bei optimaler Patientenzufriedenheit.

E

Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

- E-1 Der Aufbau des einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements
- E-2 Qualitätsbewertung
- E-3 Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V



E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

E-1 Der Aufbau des einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements

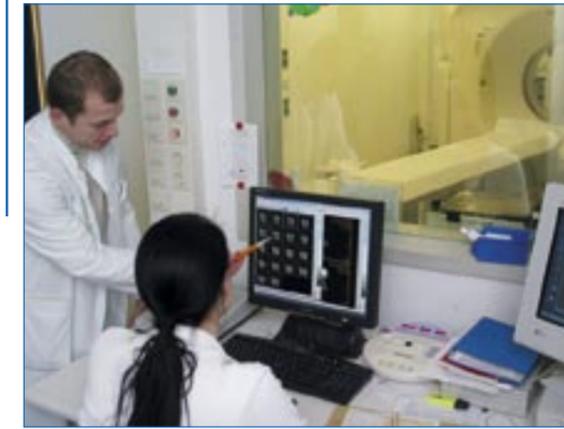
Die Krankenhausleitung (KHL) ist für die Qualitätssicherung verantwortlich. Ein Team von drei Mitarbeitern aus Pflegedienst, ärztlichem Dienst und Verwaltung unterstützt sie als Qualitätsmanagementbeauftragte. Dieses Team ist bei der Projektarbeit im Rahmen der abgestimmten Methodik und Zielvorgabe weisungsungebunden. Es hat Zugriff auf alle notwendigen Ressourcen. Qualitätsbeauftragte, die für Abteilungen, Bereiche oder Fachgebiete (z. B. für Labor, Transfusionsmedizin, Endoskopie etc.) benannt wurden, sind in das bestehende Qualitätsmanagementsystem integriert. Dies geschieht durch regelmäßige Information (z. B. über E-Mail-Verteiler, themenbezogene Teilnahme an den QMB-Besprechungen) sowie durch QM-Projekte.

Die Aufgaben des QMB-Teams orientieren sich an den sechs Kriterien des KTQ Kataloges

- Patientenorientierung in der Krankenversorgung
- Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung
- Sicherheit im Krankenhaus
- Informationswesen
- Krankenhausführung
- Qualitätsmanagement

Zur Realisierung dieser Ziele übernimmt das QMB-Team die

- a. laufende Schwachstellenanalyse mit geeigneten Methoden
- b. Realisierung eines effizienten Beschwerdemanagements
 - Steuerung der kontinuierlichen Patientenbefragung
 - Auswertung der Rückläufe
 - Datenaufbereitung
 - Information der zuständigen Stellen
 - direkte Beschwerdeaufnahme
 - Unterstützung der Bereiche bei der Beschwerdebearbeitung



c. Die Aufgaben des Projektmanagements

- Erstellen und Pflegen einer Projektliste
- Begleiten der Projekte (Logistik, ggf. Moderation, Ressourcen)
- Projekt-Controlling
- Evaluation
- Sicherstellen der Projekt-Dokumentation
- Kontinuierliche Verbesserung von Prozessen (KVP)

d. Das Sicherstellen des QM-Berichtswesens

Zur Umsetzung des Qualitätsmanagements kann zusätzlich zum KTQ-Modell die Normenreihe DIN/EN/ISO 9001-2000 ff sowie das EFQM-Modell eingesetzt werden.

Die Krankenhausleitung und das QMB-Team bilden einen Lenkungsausschuss, der mindestens halbjährlich zusammentritt, um die Ergebnisse des Qualitätsmanagements zu prüfen, den Qualitätsbericht freizugeben, die globalen Qualitätsziele zu bestätigen, neue Ziele festzulegen, Probleme in der Umsetzung zu bearbeiten und neue Qualitätsprojekte zu initiieren.

Das Qualitätsmanagement stellt sich in der Aufbauorganisation des Kreiskrankenhauses Hameln in Form einer Matrixorganisation dar.

Die Qualitätsmanagementstruktur ist bezüglich der Projektentwicklung und -durchführung im Wesentlichen als Bottom-up-Approach (Übersetzung) konzipiert: Mitarbeiteranregungen werden von den QMB aufgenommen und ins QM integriert. Für die Arbeit der Qualitätszirkel, Projektteams und Qualitätsteams existieren Verfahrensanweisungen und Vordrucke.

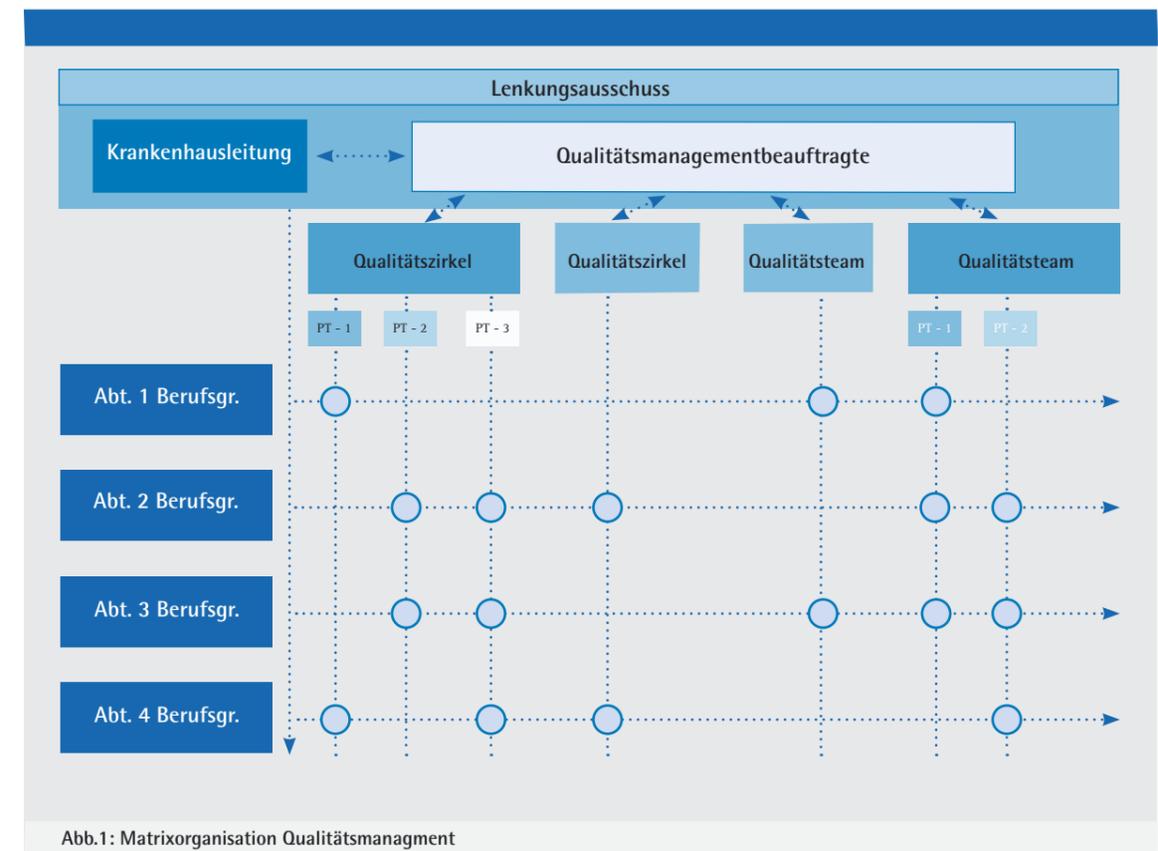


Abb.1: Matrixorganisation Qualitätsmanagement

Wir dokumentieren alle Aktivitäten des Qualitätsmanagements und stellen dies den KHL-Mitgliedern und dem Lenkungsausschuss z. B. in Form von Verfahrensanweisungen zur Freigabe bereit. Jeder Mitarbeiter kann die Qualitätsmanagement-Dokumentation einsehen. Wesentliche Inhalte und Ergebnisse sind im Intranet hinterlegt. Die KHL und die nachfolgenden Hierarchien bedienen sich zur Sicherung eines umfassenden Informationsflusses des Top-down-approach.



Die Information der Mitarbeiter erfolgt in Form von Besprechungen mit zumeist berufsgruppenübergreifendem Austausch der Protokolle.



Sämtliche Verfahrensanweisungen und Leitlinien sind für alle Mitarbeiter verbindlich. Abweichungen werden schriftlich begründet. Denn nur durch einen ausreichenden Informationsaustausch können Widersprüche erkannt und der kontinuierlicher Verbesserungsprozess fortgesetzt werden. Bei besonderen Fragestellungen ziehen wir im Interesse unserer Patienten externe Berater zur Qualitätsentwicklung hinzu.

E-2 Qualitätsbewertung

Eine regelmäßige Patientenbefragung bildet die Grundlage zur monatlichen Bewertung der grundsätzlichen Qualität. Jeder Patient bekommt einen standardisierten Fragebogen, den er ausfüllen und in einen der Briefkästen (auf jeder Etage) werfen kann. Wir leeren diese Briefkästen wöchentlich und werten die Fragebögen aus. Um eine hohe Transparenz der Ergebnisse zu erreichen, diskutieren wir die Auswertungen in allen relevanten Gremien und leiten notwendige Veränderungen ein. Die Inhalte reflektieren Krankenhausleitung und Lenkungsausschuss. Diese geben ggf. direkte Aufträge zur Qualitätsverbesserung oder intensivieren die Kontrollen.

Im Rahmen der Zertifizierung als Brustzentrum entwickelten wir spezielle Fragebögen. Im Vorfeld der Zertifizierung reichten wir eine Leistungsbeschreibung ein, die Rahmendaten, Qualitätsmerkmale und Leistungszahlen enthält. Im Mai 2004 visitierten und bewerteten Vertreter der Deutschen Krebsgesellschaft und der Senologischen Gesellschaft die Frauenklinik für das Zertifikat anerkanntes Brustzentrum. Die Zertifizierung im September bescheinigt die optimale Versorgung der Patientinnen sowie die fachliche Kompetenz der Mitarbeiter. Diese Qualifikation wird jährlich überprüft. Um diese Kompetenz auf dem jeweils aktuellen Stand zu halten, arbeiten die Frauenklinik und die Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie eng zusammen ebenso wie Pathologie, Strahlentherapie, Röntgenabteilung, Nuklearmedizin und niedergelassene Gynäkologen. In regelmäßigen Tumorkonferenzen werden die Diagnostik und alle Therapieschritte besprochen und individuell mit den Patientinnen festgelegt.

Das Kreiskrankenhaus Hameln hat als zweite Klinik in Niedersachsen schonende OP-Methoden als Standard eingeführt. Bei diesen werden gezielt ein oder zwei Lymphknoten, die sogenannten Wächterknoten, aus der Achsel entnommen. Für die betroffenen Frauen bedeutet das in aller Regel erheblich geringere Beeinträchtigungen.

Das Niedersächsische Sozialministerium hat nach der Anerkennung als Brustzentrum dem Aufbau einer eigenen Strahlentherapie zugestimmt: Sobald die Finanzierung gesichert ist, wird dieses Angebot im Neubau des Kreiskrankenhauses integriert und erspart betroffenen Frauen die Behandlung in Minden, Hildesheim oder Hannover.

Krankenhausleitungssitzung / Lenkungsausschuss

Chefarzt-
konferenz

Verwaltungsleitungs-
besprechung

Pflegedienstleitungs-
besprechung

Abteilungs-
besprechung

Abteilungs-
besprechung

Stationsleitungs- und
Funktionsdienstleitungs
Konferenz

Mitarbeiter-
information

Mitarbeiter-
information

Stations/
Funktionsbereichs-
besprechung

Mitarbeiter-
information

Abb.2: Top down Informationswege



In der Gastroenterologie strebten wir 2004 die Re-Zertifizierung für den Endoskopiebereich (hier speziell Gastroskopie und Koloskopie) an. Diese Überprüfung wurde in Anlehnung an die Kriterien der DIN/EN/ISO 9000-2000 durch die Fachgesellschaft durchgeführt. Der Bericht vermerkt: die Qualität hat sich weiter erhöht, da die Anregungen der ersten Überprüfung umgesetzt wurden.

Der vom Kreiskrankenhaus koordinierte Qualitätszirkel „Kooperation pflegender Einrichtungen“ hat seine Arbeit seit 1998 bewertet und daraus eine neue Themenstaffel abgeleitet: Bis Mitte 2005 werden alle Leitlinien überprüft, aktualisiert sowie der Pflegeüberleitungsbogen inkl. Prozessbeschreibung überarbeitet.

Wir intensivieren die Öffentlichkeitsarbeit und veranstalten zum zweiten Mal einen Tag der Pflege.

In der Geburtshilfe erlangten wir 1995 das von der WHO/ UNICEF ins Leben gerufene Zertifikat „Stillfreundliches Krankenhaus“. Nachdem eine Nachfolgeorganisation die Zertifizierung übernommen hat, entschloss sich das Kreiskrankenhaus Hameln, seine Leistungen rund um das Thema Stillen erneut auf den Prüfstand zu stellen. Im September 2004 überreichte die niedersächsische Sozialministerin das Zertifikat.

E-3 Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V

s. auch die Leistungsbereiche im Basisteil

C Qualitätssicherung

C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Das Kreiskrankenhaus Hameln hat 1997 als eines der ersten Krankenhäuser in Niedersachsen mit der externen Qualitätssicherung begonnen (Mod 12/1 : Cholecystektomie). Im Laufe der folgenden Jahre und mit Zunahme der QS-pflichtigen Module verbesserten wir die Durchdringung in den einzelnen Abteilungen durch Schulungen und Beratungen, so dass eine hohe Dokumentationsrate erzielt wurde.

Das Kreiskrankenhaus misst die Leistungen in festgelegten Bereichen zum niedersächsischen Vergleich der Qualität in der Medizin und zum Teil auch in der Pflege (Mod. DEK: Dekubitusprophylaxe für orthopädische / unfallchirurgische OPs). Dafür leitet es die QS-Daten anonymisiert an die Landeszentrale (NKG = Niedersächsische Krankenhausgesellschaft) weiter. Diese überprüft die Daten und stellt die gesicherten Ergebnisse in den landesweiten Vergleich. Die Module für die Qualitätssicherungspflicht in unserem Krankenhaus sind von der Bundes- und Landeszentrale festgelegt.



Mod. 09/1.3	Herzschrittmacher
Mod. 10/2	Karotis-Rekonstruktion
Mod. 12/1	Gallenblasen-OP
Mod. 15/1	Gynäkologische OP
Mod. 16/1	Geburtshilfe
Mod. 17/1-7	Unfallchirurgische / Orthopädische OP mit Mod. DEK
Mod. 18/1	Brust-OP
Mod. 20/1	PTA (Gefäßdarstellung)
Mod. 21/3	PTCA und Coro (Darstellung und Behandlung von Herzkranzgefäßen)

Seit Anfang 2003 arbeiten wir mit einem EDV-gestützten Programm. Ein bis zwei Mal pro Jahr stellen wir die QS-Daten in der CA-Konferenz dar und diskutieren sie. Anschließend analysieren wir sie in abteilungsinternen Besprechungen und bringen sie in unsere praktische Arbeit ein. So erreichten wir 2004 eine nahezu vollständige Dokumentationsrate, die mit 95,8 Prozent über dem niedersächsischen Durchschnitt lag.

Modul 10/2 OP an der großen Kopfschlagader

	Kreiskrankenhaus Hameln	Niedersachsen
Dauer des Eingriffs	84 min	105 min
allg. Komplikationen (nach Eingriff)	2,9 Prozent	5,5 Prozent
spez. Komplikationen (nach Eingriff)	2,9 Prozent	6,4 Prozent
Infektion nach Eingriff	keine	0,2 Prozent

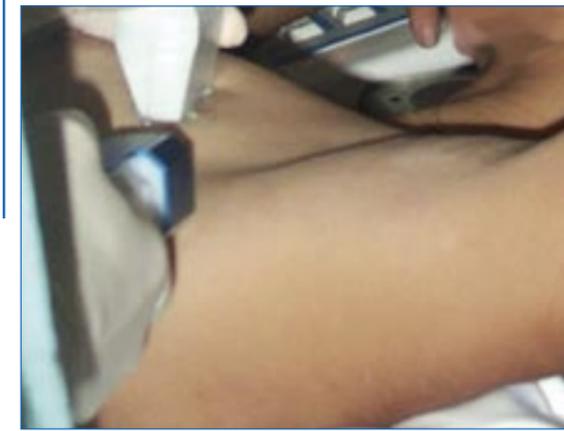
Modul 09/1 Einsetzen eines Herzschrittmachers

	Kreiskrankenhaus Hameln	Niedersachsen
Komplikationen (während/nach Eingriff)	keine	302
Wundinfektionen	keine	15

Für die Zukunft planen wir, die Jahresauswertungen der einzelnen Module nach interner Diskussion und eventuellen Folgemaßnahmen schrittweise im Intranet zu veröffentlichen, um eine hohe Transparenz für alle Mitarbeiter zu erreichen.

F

Qualitätsmanagementprojekte



F Qualitätsmanagementprojekte

Die Beschreibung der Projekte im Berichtszeitraum orientiert sich am System der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ®), das in sechs Hauptkategorien – Patientenorientierung in der Krankenversorgung, Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung, Sicherheit im Krankenhaus, Informationswesen, Krankenhausführung, Qualitätsmanagement – unterteilt ist:

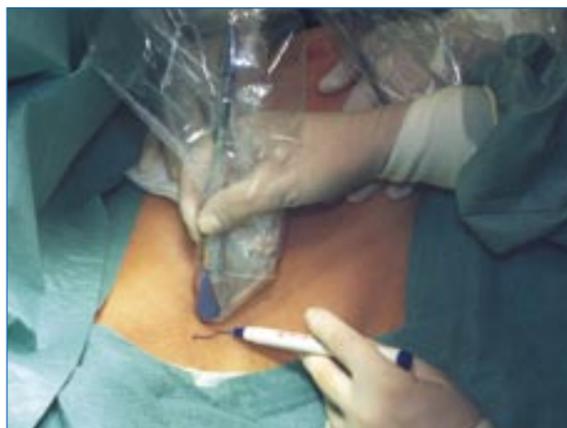
Patientenorientierung in der Krankenversorgung Clinical Pathway für die Einweisungsdiagnose Mamma-Karzinom (Brustkrebs)

Die mit dem Fallpauschalengesetz beschlossene Einführung der G-DRG's hat tief greifende Auswirkungen auf den Alltag in den Krankenhäusern und im ambulanten Bereich. Um die Auswirkungen gering zu halten, ist im Rahmen der Erlösoptimierung das Management der Prozesse eine der wichtigsten Aufgaben. Hier stellen interdisziplinäre Versorgungspfade ein Instrument dar, das Prozesse unter Wahrung der Patientenorientierung, Qualität und Wirtschaftlichkeit strukturiert und abbildet. In der Frauenklinik entwickelten wir im letzten Jahr einen Pfad zur Diagnose Mamma-Karzinom (Brustkrebs), der sich nach der Einführungsphase bewährt hat. An diesem Beispiel stellen wir die Entwicklung eines interdisziplinären Versorgungspfads dar.

Projektschritte für die Pfadentwicklung

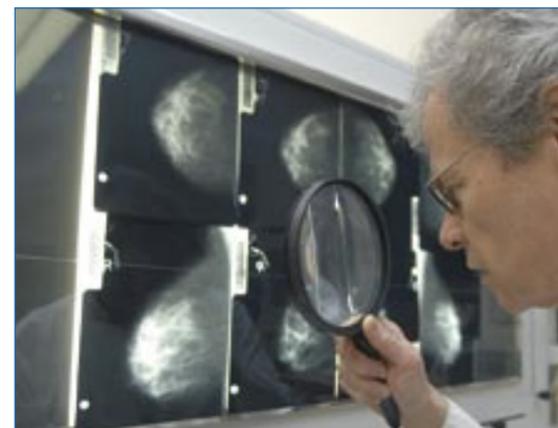
1. Diagnoseauswahl und Projektgenehmigung
2. Projektplanung und -organisation
3. Erzeugung einer Wissensbasis
4. Optimierung der Prozesse
5. Pfaddarstellung
6. Pfadeinführung
7. Pfadüberprüfung und -anpassung

Zu 1: Das Festlegen des Fachbereiches erfolgte im Vorfeld der Zertifizierung des Brustzentrums in der Frauenklinik. Gleichzeitig wurde die Diagnose Mamma-Karzinom festgelegt. Die Krankenhausleitung und der zuständigen Chefarzt Dr. Noesselt erteilten im März 2003 die Projektgenehmigung.



Zu 2: Die Projektplanung und -organisation beinhaltete unter anderem die Zusammenstellung und den Zeitplan von zwei Teams aus allen an der Patientenversorgung beteiligten Bereichen. Insgesamt legten wir von April bis Juli 2003 acht Projekttreffen fest. Wir bildeten ein Kernteam, das an jedem Treffen teilnahm und ein Projektteam mit Mitgliedern aus allen der Versorgung beteiligten Berufsgruppen, das den Erfordernissen entsprechend eingesetzt wurde. Im Kernteam arbeiteten zwei ärztliche Vertreter der Fachabteilung sowie zwei pflegerische Leitungen der Station 1 mit. Auch aus dem pflegerischen Bereich von Anästhesie und OP wurden Mitarbeiter eingebunden, ebenso aus dem ärztlichen Bereich Anästhesie, dem Bereich Controlling, dem Sozialdienst, der Seelsorge und der Physiotherapie. Die Projektleitung übernahm eine Abteilungsleiterin aus der Pflegedienstleitung.

Zu 3: Als Basis für eine effektive Projektarbeit stellten wir die Projektidee und die Theorie der Pfadentwicklung vor und definierten den Begriff ‚interdisziplinärer Versorgungspfad‘ nach Hellmann¹: „Ein klinischer Pfad ist ein netzartiger, Berufsgruppen übergreifender Behandlungsverlauf auf evidenzbasierter Grundlage (Leitlinien), der Patientenerwartungen, Qualität und Wirtschaftlichkeit gleichermaßen berücksichtigt.“



Wir erarbeiteten die Rahmendaten und legten sie für den Pfad „Mamma-Ca“ wie folgt fest.

Diagnose	Mamma-Karzinom
ICD-10	C50 .0-.8
DRG(s)	J07A
Verweildauer	6 Tage
Einschlusskriterien	T1-T2 (Tumorstadium)
Ausschlusskriterien	DCIS, chemotherapeutisch vorbehandeltes Mamma-Ca, T3-T4
Pfadaustrittskriterien	Wundinfektion, (Lungen-) Embolie, sekundäre Entfernung der Brust mit Wiederaufbau
Pfadbeginn	Einweisung
Pfadende	Entlassung mit Empfehlung für die weitere Therapie

Für das fachspezifische Wissen, das dem Pfad zugrunde gelegt wurde, bildeten Leitbilder (z. B. das Krankenhausleitbild) und Leitlinien (hier die S3 Leitlinie der Deutschen Krebsgesellschaft), neueste Forschungsergebnisse (z. B. aus der Studie „Gute Pflege aus Sicht von Menschen mit Pflegebedarf in der Gynäkologie“), Standards wie z. B. der nationale Expertenstandard Dekubitus und Ablaufbeschreibungen aus den Fachbereichen die Basis.

Zu 4: Um die Prozesse zu optimieren, legten wir die Haupt- und Teilprozesse des Ist-Zustandes fest und ordneten die Leistungen zu. Diese Leistungen ermittelten wir, indem wir bei drei Patientinnen während des gesamten Aufenthalts alle Tätigkeiten und Materialien schriftlich erfassten. Anschließend ordneten wir die Leistungen den jeweiligen Prozessen dem Ablauf entsprechend zu.

Das Pfadziel ist, die optimal versorgte und informierte Patientin, wenn möglich am sechsten Tag schmerzfrei und mobil in die Weiterbetreuung zu entlassen.

Dementsprechend bestimmten wir Teilziele für die einzelnen Teilprozesse mit den Schwerpunkten Information, Schmerzfreiheit, Mobilität und optimale Versorgung. Auf diese Ziele ausgerichtet, optimierten wir die Prozesse und passten die Leistungen an den Soll-Zustand an.



Zu 5: Die Darstellung der festgelegten Prozesse und Leistungen erfolgte für die Übersicht und Organisation in einem Flussdiagramm, für die laufende Dokumentation in der Verlaufs- und Pflegedokumentation und für die Information der Patientinnen in einem Patientenpfad. Das Flussdiagramm ermöglicht allen Mitarbeitern das schnelle Erkennen der jeweiligen Zuständigkeiten und der benötigten Dokumente und erleichtert besonders neuen Mitarbeitern die Orientierung.

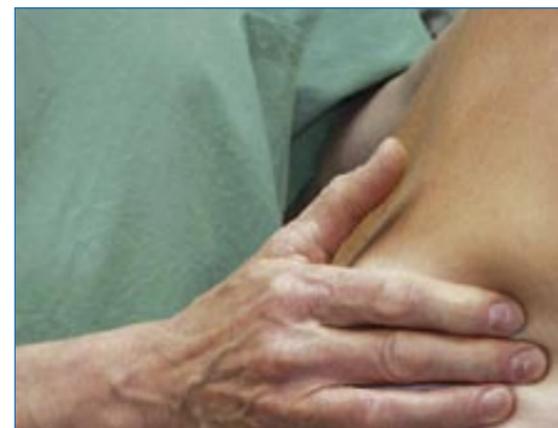
Da die Mitarbeiter der Station 1 neben den „Pfadpatientinnen“ auch Patientinnen mit Diagnosen ohne Pfad betreuen, bildeten bei der Erarbeitung der Verlaufsdokumentation das im ganzen Krankenhaus genutzte Kurvenformular und die Pflegemaßnahmenbögen die Grundlage. Weil auch bei einem Pfad für die individuelle Betreuung der Patientin gesorgt sein muss, kann von den Pfadinhalten begründet abgewichen werden. Diese Abweichungen sind in den Dokumentationsformularen grau hinterlegt.

Der Patientenpfad wird jeder Pfadpatientin zu Beginn des Aufenthaltes ausgehändigt und beinhaltet die Prozessabfolge sowie die Leistungen während des Aufenthaltes in allgemein verständlicher Sprache.

Zu 6 und 7: Im Januar 2004 wurde der Pfad auf der Station eingeführt. Wir versorgten zunächst zehn Patientinnen mit der Diagnose Mamma-Karzinom. Es folgte ein Treffen im Kernteam, das Einarbeiten von Veränderungen und eine erneute Erprobung. Die Gesamteinführung startete im Sommer 2004. Mit den jährlichen Pfadüberprüfungen erfolgt eine regelmäßige Anpassung der Prozesse an die veränderten Patientenerwartungen und Qualitätsansprüche.

In den Punkten Patientenerwartung, Qualität und Wirtschaftlichkeit erreichten wir mit der Pfadarbeit folgende Ergebnisse:

- Einbeziehung der Patientenwünsche und Anregungen (u. a. durch die Auswertung der „blauen (Patienten-) Bögen“
- verbesserte Koordination und Information der Patienten (u. a. durch feste Ansprechpartner in Medizin und Pflege)
 - regelmäßige Schmerzerfassung als Grundlage einer adäquaten Schmerztherapie (dokumentiert im Kurvenbereich der Patientendokumentation)
 - Verweildauerreduzierung um 2 Tage
 - Wettbewerbsvorteile durch die Steigerung von Transparenz und Qualität.



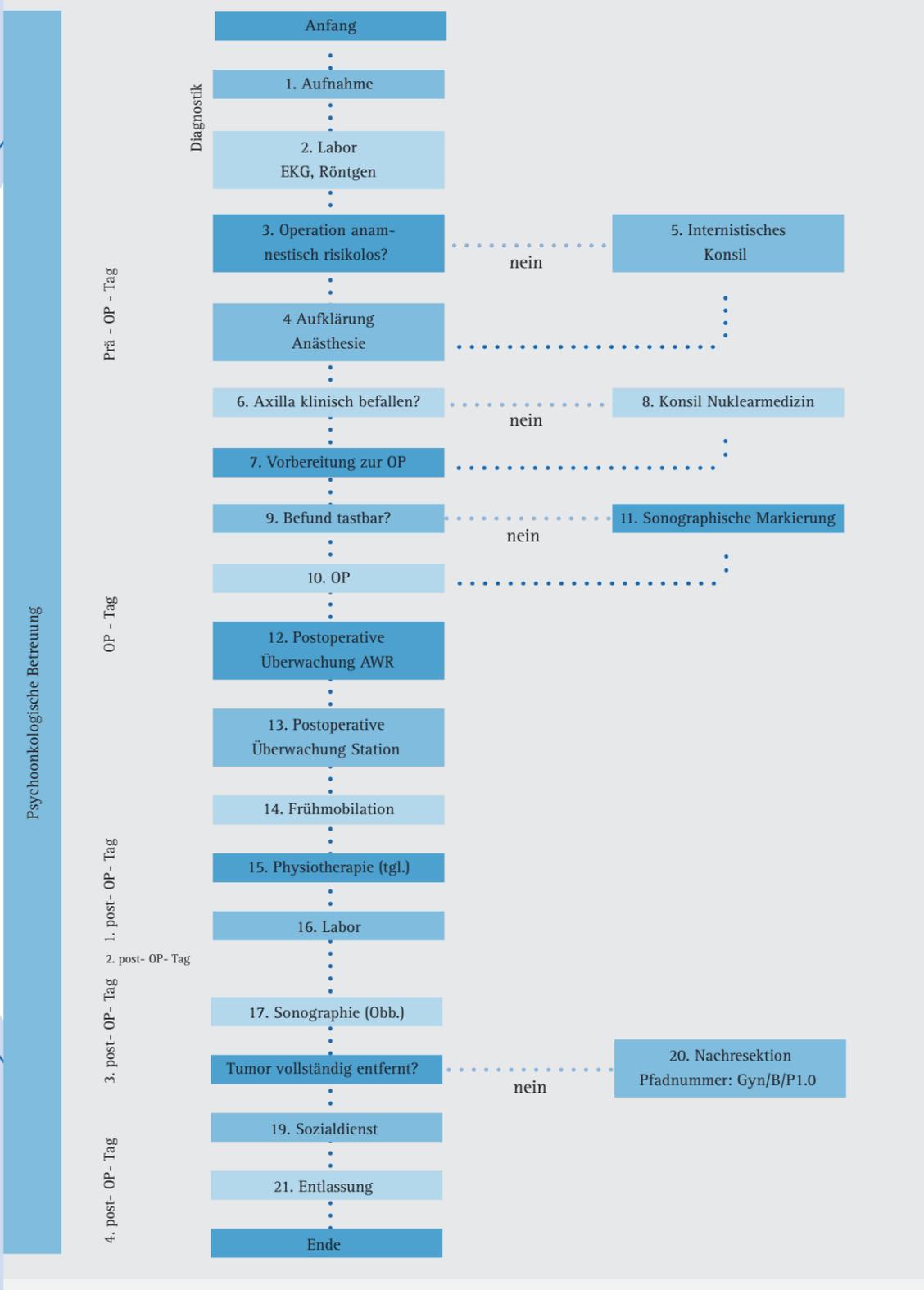
Vorteile für die Mitarbeiter sind:

- eine bessere Planbarkeit durch die bindende Vorgabe des Verlaufs
- die grauen Flächen in der Patientendokumentation weisen auf abweichende Prozesse und Leistungen hin
- es werden nur abweichende Anordnungen dokumentiert
- die Dokumentation ist einfacher
- die Qualität erhöht sich z. B. durch die Nutzung von Schmerzskalen
- durch die Pfadentwicklung sowie das regelmäßige Überprüfen und Anpassen ergibt sich eine engere Zusammenarbeit im therapeutischen Team
- die Patientenzufriedenheit erhöht sich durch eine bessere Information und verkürzte Wartezeiten

Die Mitarbeiter der Station 1 haben mit der Entwicklung dieses Pfades Pionierarbeit geleistet. Für die Zukunft planen wir z. B. bei sehr häufigen oder kostenintensiven Diagnosen ebenfalls Pfade zu entwickeln.

Interdisziplinärer Versorgungspfad
Pfaddiagnose: Mamma-Ca Pfadnummer: Gyn/B/1.0

Ziel ist es, die optimal versorgte und informierte Patientin wenn möglich am sechsten Tag schmerzfrei und mobil in die weiterbetreuung zu entlassen.



Interdisziplinärer Versorgungspfad
Pfaddiagnose: Mamma-Ca Pfadnummer: Gyn/B/1.0

Ziel ist es, die optimal versorgte und informierte Patientin wenn möglich am sechsten Tag schmerzfrei und mobil in die weiterbetreuung zu entlassen.

	Beschreibung	D	M	E	I	Dokumente
1	Aufnahme der Patientin Zimmerzuweisung, pflegerisches Erstgespräch stationsspezifische Informationen Anamnese, Untersuchung OP- Aufklärung, Beratung	V PD Gyn				Krankenhausbehandlungsvertrag Thromboseprophylaxe-standard ggf. Expertenstandard Dekubitus u. Braden- Skala Patientenpfad Patientenevaluations-bogen Patientenaufklärung „Gyn 12a“ oder „Gyn 12b“ „Krankengeschichte“ „Einwilligungserklärung für einen ärztlichen Eingriff“
2	Labor: LDH, GÖT, GPT, AP, Gamma-GT, Bili (gesamt), Amylase, Lipase, Harnstoff, Kreatinin, Natrium, Kalium, Calcium, Magnesium, Gesamteiweiß, TSH, T3, T4, CA 15-3, kl. Blutbild, Basis-Untersuchung (Gerinnung), Harnsäure EKG Röntgen: Thorax in 2 Ebenen	ÄD Gyn	PD Gyn La			Laboranforderung, Blutgruppenbestimmung Anforderungsschein Röntgen
3	Ist eine internistische Abklärung aufgrund des Gesundheitszustandes der Frau notwendig?			ÄD Gyn	P PD Gyn	
4	Aufklärung über die Narkose	ÄD Än				Patientenaufklärung „A 1-6“ Narkoseprotokoll
5	Internistisches Konsil mit entsprechender Fragestellung					
6	Ist die Axilla klinisch befallen?			ÄD Gyn	P PD	
7	Vorbereitungen zur OP: Verabreichung der Prämedikation; ATS; Rasur des OP-Gebietes	PD Gyn				
8	Konsil Nuklearmedizin	Nu				Aufklärungsbogen Sentinel Lymphknoten-Biopsie Transportauftragsformlar Konsil u. Abrechnungsschein
9	Ist der Tumor tastbar?			ÄD Gyn	P PD	
10	OP nach Leitlinie	ÄD Gyn	ÄD AN, PD OP, PD AN			Leitlinie: „Diagnostik u. Therapie des Mammakarzinoms der Frau“ (S3- Leitlinie, Dt. Krebsgesellschaft)
11	Sonographische Markierung in der senologischen Ambulanz	ÄD Gyn				
12	Postoperative Überwachung im Aufwachraum	PD AN				
13	Postoperative Überwachung auf der Station	PD Gyn				Überwachungsbogen
14	Frühmobilisation am Abend der OP	PD Gyn				
15	Physiotherapie (täglich ab erstem postoperativen Tag)	Phy				Standart
16	Labor: kleines Blutbild	ÄD Gyn	PD Gyn La			Laboranforderung
17	Internistische Sonographie des Oberbauches	ÄD IN				
18	Gespräch zwischen ärztlichem Dienst und Patientin: Information und Beratung über das weitere onkologische Vorgehen bei Notwendigkeit einer Nachresektion morgige OP gehe zu „Nachresektion“(20)	ÄD Gyn		ÄD Gyn		
19	Gespräch durch Sozialdienst mit der Patientin: Die Patientin wird Informiert über Fragen, die sich im sozialrechtlichen und persönlichen Bereich ergeben, sowie über die Möglichkeiten der beruflichen und medizinischen Rehabilitation.	Soz				Anforderungsschein für den Krankenhaussozialdienst
21	Entlassung der Patientin Terminabsprachen, Entlassungsbrief, Evaluations- gespräch über Krankenhausaufenthalt Entlassungsgespräch Rezept Medikamente Rezept Physiotherapie Verwaltungsformalitäten	ÄD Gyn PD Gyn V				„Vorläufiger Arztbrief“ Expertenstandard- Entwurf zum Entlassungsmanagment ggf. Pflegeüberleitungs- bogen „Heilmittelverordnung“ Rezept blanco

21 Zuständigkeiten: D: Durchführung M: Mitarbeit E: Entscheidung I: Information



Kategorie Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

Seit langem plante der Krankenhausträger eine Zusammenlegung der Standorte „An der Weser“ und „Wilhelmstraße“, um durchgehende Prozessabläufe zu verbessern und die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu intensivieren. Dieser Plan wurde 2001 mit der Bewilligung des Förderantrages vom Land Niedersachsen in Angriff genommen.

Im Berichtszeitraum erreichte der Bau die Phase, in der Raumausstattungen, die Nutzung der Zimmer und Nebenräume sowie der Bedarf an zusätzlichen Ausstattungsmerkmalen besprochen werden. Um mitarbeiterorientiert vorzugehen, stellte der Koordinator vier Arbeitsgruppen zusammen, welche in den Bereichen

- allgemeine Pflegestation
- Intensivstation
- Intermediate Care
- Kinderstationen
- und Funktionsbereiche aktiv wurden.

Als fachliche Ansprechpartner standen Architekten oder Bauleiter zur Verfügung, Mitglieder der Krankenhausleitung und weitere Fachleute.

Besonders intensiv diskutierten wir die Anordnung der Betten in den Patientenzimmern, um Patientenbedürfnisse und Arbeitsergonomie in Einklang zu bringen. In einem Musterzimmer testeten wir verschiedene Varianten mit maßstabgerecht angefertigten Möbeln. Wir forderten Musterbetten an, um die Eigenschaften moderner Krankenhausbetten kennen zu lernen sowie ihre Eignung im normalstationären Bereich und auf der Intensivstation zu prüfen, so dass wir unsere Ausschreibung konkret formulieren konnten.



Kategorie Sicherheit im Krankenhaus Reorganisation der Strukturen und Informationssysteme für Hygienebelange

Im Kreiskrankenhaus Hameln hat die Klinikhygiene seit vielen Jahren einen hohen Stellenwert. Im Streben um ständige Verbesserungen initiierte der Ärztliche Direktor die grundsätzliche Bewertung des vorhandenen Hygienesystems und der darauf basierenden Reorganisation. Hygienefachkräfte und hygienebeauftragte Ärzte, der Laborleiter, eine Qualitätsmanagement beauftragte Ärztin sowie ein Mitarbeiter der IT-Abteilung beteiligten sich mit großem Engagement.

Die Hygienefachkräfte (HFK) sind für das Erstellen der Hygienepläne verantwortlich und haben eine beratende und schulende Funktion (Stabsstelle). Die jeweilige pflegerische und ärztliche Leitung sowie der hygienebeauftragte Arzt sind für die Stationen und Funktionsbereiche verantwortlich. Die Zahl der hygienebeauftragten Ärzte wurde auf insgesamt drei erhöht. Außerdem gibt es in jedem Stations- und Funktionsbereich einen durch die Hygienefachkräfte geschulten Ansprechpartner. Diese Mitarbeiter sind Schaltstelle zwischen der Hygieneabteilung und den Stationsbereichen.

Es finden regelmäßige, mindestens monatliche, Hygienebesprechungen mit dem ärztlichen Direktor, den hygienebeauftragten Ärzten und den Hygienefachkräften statt. Darüber hinaus haben wir ein „Qualitätshandbuch für Hygiene“ erstellt. Darin erfassen wir die Organisation der Hygiene sowie sämtliche Unterlagen und Beschreibungen von Tätigkeiten. Dieses Handbuch aktualisieren wir mindestens einmal jährlich.

Alle hygienischen Umgebungs- und Geräteuntersuchungen eines Jahres sind in einer zentralen Datei erfasst und im Intranet hinterlegt. Die Ergebnisse stellen wir als Ampelsystem dar.

Grün => ohne Befund

Gelb => Befund wird überprüft

Rot => Befund nicht in Ordnung, Maßnahmen einleiten, Kontrolluntersuchung.

Für alle Bereiche des Krankenhauses gilt ein bereichsspezifischer, detaillierter und aktualisierter Hygiene- und Desinfektionsplan, der alle notwendigen Maßnahmen wie Desinfektion, Entsorgung, Isolierung etc. regelt.



Wir haben den Katalog „Maßnahmen bei infektiösen Erkrankungen“ modifiziert. Für jede Infektionserkrankung erstellen wir ein Infektionsprotokoll. Dieses Protokoll enthält einen Informationsteil über die jeweilige Erkrankung und einen Dokumentationsteil, in dem die hygienischen Maßnahmen schriftlich fixiert und unterschrieben sind. Grundlage der Protokolle bilden die Vorgaben des RKI (Robert-Koch-Institut). Infektionsprotokolle sind Bestandteil der Patientenakte. Zu speziellen Themen, Erregern und Erkrankungen existieren Verfahrens- oder Arbeitsanweisungen, die wir regelmäßig und bei Bedarf überarbeiten.

Im Intranet abrufbar: Hygiene- und Desinfektionspläne

Alle Verfahrensanweisungen, Hygiene- und Desinfektionspläne, Arbeitsanweisungen etc. sind im Qualitätshandbuch und im Intranet hinterlegt. Zur besseren Übersicht haben wir die Hygieneseite im Intranet umgestaltet, erweitert und den Beauftragten einen schnellen Zugriff zum Aktualisieren eingerichtet. Alle Hygiene- und Desinfektionspläne werden mindestens einmal pro Jahr sowie bei Bedarf überarbeitet. Zusätzlich sind die Hygienepläne in den Bereichen für alle Mitarbeiter einsehbar.

Zweimal im Jahr finden Sitzungen der Hygienekommission statt. Teilnehmende Mitarbeiter sind, den Vorgaben des RKI entsprechend, die Krankenhausleitung, die hygienebeauftragten Ärzte, die Laborleitung, die MTA für Mikrobiologie, der Betriebssicherheitsingenieur und die Hygienefachkräfte. Bei akutem Bedarf kommt die Hygienekommission kurzfristig zusammen.

Mehr Sicherheit durch OP-KISS

Seit dem 1. Januar 2004 erfassen wir nosokomiale (während eines Krankenhausaufenthaltes erworbene) Infektionen nach dem KISS-System des Nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen am Robert-Koch-Institut - OP-KISS - postoperative Wundinfektion. Als Indikatoroperation legten wir die Hüft-TEP (totaler Hüftgelenkersatz) mit den entsprechenden Prozeduren fest. Für Ende 2005 planen wir die Erfassung einer zweiten Indikator-OP. Sämtliche Patienten, die eine Hüft-TEP nach den vorgesehenen Prozeduren im Krankenhaus bekommen haben, werden während ihres Klinikaufenthaltes durch die Hygienefachkräfte begleitet (die Teilnahme an Visiten, Einsicht in die Patientenakten und Durchsicht der Laborbefunde). Der zuständige Chef- bzw. Oberarzt der unfallchirurgischen Abteilung meldet vorhandene Infektionen. Nach der Entlassung beobachten wir die Wundverhältnisse der Patienten über ein Jahr durch wöchentliche Abfrage aller ambulanten und wiederaufgenommenen Patienten. Dafür existiert eine Verfahrensanweisung. Die Auswertung der Daten erfolgt nach KISS-Vorgaben durch das Programm „Hybase®“ der Firma Cymed. So können wir unsere Daten mit den Referenzdaten des Nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen vergleichen.

Die mikrobiologischen Befunde im Kreiskrankenhaus Hameln werden manuell in das Programm „Hybase®“ eingegeben. Die daraus resultierende mikrobiologische Statistik werten wir halbjährlich für jede Abteilung aus und veröffentlichen sie im Intranet. Eine Keimdokumentation nach § 23 IfSG führen wir ebenfalls in diesem Programm durch. Die Daten geben wir auf Anfrage an das örtliche Gesundheitsamt weiter. Wöchentlich erfolgt eine Keimfiltrierung nach speziellen ICD-Vorgaben. Die Befunddaten geben wir an die betreffenden Bereiche des Hauses zur Codierung weiter. Die mikrobiologische Statistik geben wir mindestens zweimal jährlich bekannt.

Die Patienten mit Indikator-OP begleiten wir nach KISS-Vorgabe über ein Jahr (Abfrage der ambulanten Patienten und der Wiederaufnahmen). Bei dieser Abfrage erfassen wir die Wundverhältnisse mit. Somit ist eine Kontrolle der Sekundärheilungen möglich. Durch die Infektionserfassung nach bundeseinheitlichen KISS-Vorgaben ist der Vergleich mit anderen Krankenhäusern möglich.



Planung und Durchführung hygiesichernder Maßnahmen

Wir haben den „Maßnahmenkatalog Infektionserkrankungen“ komplett überarbeitet. Speziell für jede Infektionserkrankung haben wir ein Infektionsprotokoll erstellt. Es besteht aus einem Informationsteil und einem Dokumentationsteil. Der Informationsteil beschreibt die Erkrankung und die erforderlichen hygienischen Maßnahmen nach RKI-Richtlinien. Im Dokumentationsteil erfassen wir die tatsächlich durchgeführten Maßnahmen (Desinfektion, Isolation, Wäsche, Abfall, etc.). Das Protokoll ist Bestandteil der Patientenakte. Zu speziellen Erkrankungen (MRSA, VRE etc.) existieren Verfahrensweisungen.

Sämtliche Bereiche des Krankenhauses werden durch die HFK mindestens zweimal im Jahr in Form einer Begehung überprüft. Wenn dazwischen Probleme oder Fragen auftreten, begehen wir den entsprechenden Bereich, fassen die Ergebnisse in einem Bericht zusammen und übergeben sie den Stationen zum Abarbeiten. Bei der nächsten Begehung kontrollieren wir diese Berichte mit.

Zusätzlich führen wir regelmäßig und bei Bedarf Umgebungsuntersuchungen durch:

- Kontrolle aller Spül- und Desinfektionsautomaten sowie aller thermischen Steckbeckenspülautomaten mit Thermologgern: mindestens 2 x jährlich
- Kontrolle aller Sterilisatoren mit Thermologgern: mindestens 4 x jährlich
- Kontrolle der Sterilisatoren durch Testkeime 4 x jährlich
- Kontrolle aller Endoskope: mindestens 2 x jährlich
- Kontrolle der Trinkwasserversorgung: mindestens 2 x jährlich
- Wasserkontrollen in speziellen Bereichen, je nach Risikopotential: mindestens 2-12 x jährlich
- Überprüfung der RLT-Anlagen: mindestens 2 x jährlich
- Umgebungsuntersuchungen in speziellen Bereichen, je nach Risikopotential: mindestens 2-12 x jährlich

Die Untersuchungsergebnisse stellen wir den betreffenden Bereichen zur Verfügung und sprechen bei Auffälligkeiten unverzüglich mit der zuständigen Bereichsleitung. Überprüfungen der Verfahrensweisungen auf Aktualität erfolgen durch die HFK in den vorgesehenen Rhythmen.



Kategorie Informationswesen

Umgang mit Patientendaten, Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Um den immer anspruchsvolleren Anforderungen an die Patientendokumentation gerecht zu werden und den Aufwand für die Mitarbeiter vertretbar zu gestalten, haben wir einen interdisziplinären Qualitätszirkel ins Leben gerufen. Dieser Qualitätszirkel beschäftigt sich mindestens vierteljährlich mit den Fragen rund um die Dokumentation und initiiert und evaluiert einzelne Projekte.

Ziel ist das Sicherstellen einer aussagekräftigen Patientendokumentation u.a. durch das Vereinheitlichen der Dokumentationsformulare und ihrer Handhabung. Am 30. April 2004 verabschiedete die Krankenhausleitung eine Verfahrensweisung zur Regelung der Grundlagen einer zeitgemäßen Patientendokumentation.



Details zur Dokumentation vermitteln wir den Mitarbeitern in arbeitsplatznahen Arbeitsanweisungen und hinterlegen sie im Intranet.

Patientendokumentation-Microsoft Internet Explorer von Kreiskrankenhaus Hameln

[Datei](#)
[Bearbeiten](#)
[Ansicht](#)
[Favoriten](#)
[Extras](#)
[?](#)

Adresse <http://172.20.1.18/intranet/anweisungen/patientendokumentation/>

<p>Arbeitsicherheit</p> <p>Aus-, Fort- und Weiterbildung</p> <p>Datenverarbeitung</p> <p>Entwürfe</p> <p>Hygiene</p> <p>Leitlinien und Konzepte</p> <p>Medizin Controlling</p> <p>Notfall</p> <p>Patientendokumentation</p> <p>Pflegedienst</p> <p>Wahlleistungspatienten</p> <p>ZNA</p>	<p>Als erste Ergebnisse dieser Treffen werden der Entwurf der Verfahrensweisung "Patientendokumentation" mit der Anlage1"Kurve, Anordnungs- und Visitenbogen" und der Anlage 7 Checklisten" vorgestellt.</p> <p>Die inhaltliche Diskussion wird zunächst jeweils berufsgruppenintern vorgenommen und anschließend von den Berufsgruppenvertretern in den QZ eingebracht.</p> <p>In der nächsten Zeit werden abschließende Veränderungen aufgrund weiterer Treffen im Qualitätszirkel vorgenommen werden.</p> <p>Sobald die Verfahrensweisung in ihrer endgültigen Fassung vorliegt, wird sie von der KHL genehmigt, freigegeben und an dieser Stelle veröffentlicht.</p> <p>Für Fragen oder Anregungen im Bereich Patientendokumentation stehen für die Pflege Frau Heiermann (Tel.:2114, Pieper 270) und für den ärztl.Dienst Dr. Herrmann(Tel.:1184, Pieper 222) gerne zur Verfügung</p>
---	--

- [Anlage 1 Kurve, Anordnungs- und Visitenbogen \(01.12.2004\)](#)
- [Anlage 2 Informationssammlung \(28.05.2004\)](#)
- [Anlage 3 Probleme, Ressource und Ziele \(28.09.2004\)](#)
- [Anlage 6 Planettentaschen und Befundsmappenn \(28.05.2004\)](#)
- [Anlage 7 Checklisten \(13.01.2005\)](#)
- [Anlage Stamblatt \(14.05.2004\)](#)
- [Anlage Stamblatt als Exel-Datei \(21.05.2004\)](#)
- [Dokumentation nichtstationärer Leistungen \(ambulante Versorgung\) \(22.04.2005\)](#)
- [Dokumentation nichtstationärer Leistungen \(nachstationäre Versorgung\) \(22.04.2005\)](#)
- [Dokumentation nichtstationärer Leistungen \(vorstationär Versorgung\) \(22.04.2005\)](#)
- [Dokumentationscheckliste - Pflege-\(Anl. 7 \) \(30.04.2004\)](#)
- [Pflegeanamnesebogen \(20.12.2004\)](#)
- [Pflegeberichtsbogen \(29.09.2004\)](#)
- [Pflegeberichtsbogen als PDF Datei \(30.09.2004\)](#)
- [Verfahrensweisung Patientendokumentation \(30.04.2004\)](#)
- [Vordruck Standardpflegeplanung \(01.12.2004\)](#)



Zusätzlich informierten wir die leitenden Mitarbeiter im Rahmen der Chefarzt- und Stationsleitungskonferenz über die geplanten bzw. umsetzungsreifen Projektschritte und baten um Anregungen. Die jeweiligen Projektmodule vermitteln wir den Stationen im Anschluss an die Fertigstellung und setzen sie um. Die Formulare stehen abrufbereit im Intranet.

Wir arbeiteten nach dem Prinzip „learning by doing“, um schnell die erforderliche Durchdringung zu erreichen. Um Fragen unmittelbar zu klären, waren die Dokumentationsbeauftragte der Pflegedienstleitung sowie der beauftragte ärztliche Mitarbeiter jederzeit ansprechbar und regelmäßig vor Ort. Zusätzlich haben wir auf jeder Station eine/n Dokumentationsbeauftragten benannt und eng in die Entwicklung und Umsetzung der Module einbezogen.

Im Zuge der Dokumentationsanpassungen fiel uns auf, dass die Handzeichen der Mitarbeiter nicht überall gleich für einen längeren Zeitraum nachvollziehbar hinterlegt waren. Um dies sicherzustellen, erstellten wir eine Handzeichenliste und eine entsprechende Verfahrensbeschreibung. Die Mitglieder des Qualitätsteams prüfen durch Stichprobenkontrollen ausgewählte Dokumentationen den Grad der erreichten Umsetzung bzw. des Korrekturbedarfs. Dieser kann in einer direkten Schulung auf den Stationen bestehen, oder auch aus der generellen Bekanntgabe von erkannten Verbesserungspotentialen im Rahmen der Berufsgruppenkonferenzen.



Kategorie Krankenhausführung
Schaffen von validen Bewertungsgrundlagen für weitere Entscheidungen
- Risikoanalyse für die Geburtshilfe -

Um Risiken für die Patienten zu vermeiden, beziehen wir bei problematischen Fragen externe Fachleute ein. Im Bereich der Geburtshilfe könnte ein Gefährdungspotenzial für Mutter und Kind bestehen, wenn Erkrankungen oder Komplikationen plötzlich akut und lebensbedrohlich auftreten. Um diesen Bereich zu bewerten, zogen wir Fachkräfte aus dem Risikoanalysektor zu Rate, die das Risiko ermitteln und mit überregionalen Daten abgleichen konnten.

Die Berater waren im Bereich der Geburtshilfe, in den OP Bereichen, der Anästhesieabteilung, der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin (hier im Besonderen die Neugeborenen-Intensivstation) und bei den leitenden Mitarbeitern aus ärztlichem Dienst und Pflegedienst. Die Ergebnisse zeigten, dass keine gravierenden Eingriffe zur Umorganisation notwendig waren. Lediglich kleinere Verbesserungspotenziale wurden aufgezeigt.

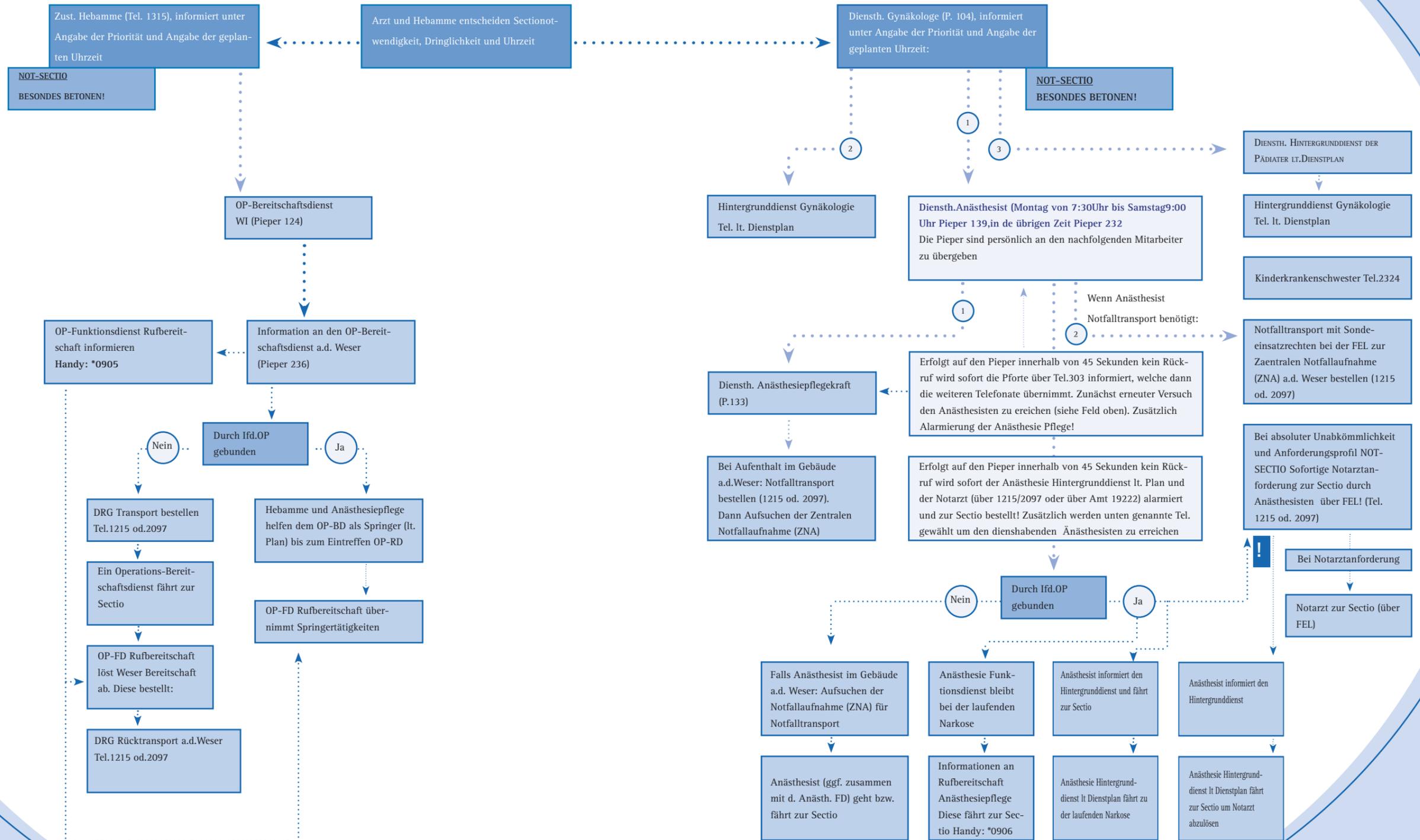
Positiv bewertet wurde die kontinuierliche Anpassung und Verbesserung des Ablaufschemas zur schnellen Einleitung einer Notsectio (Kaiserschnitt), welches berufsgruppenübergreifend erstellt und am 13. April 2004 von der Krankenhausleitung freigegeben wurde. Im Jahr 2005 planen wir eine erneute Überprüfung und ggf. Anpassung.

Dienstanweisung

Alarmierungsplan bei Not-Sectiones (Not-Kaiserschnitt)

Stand 4 / 2004

Jede aufgeführte Stelle hat sich den für sie gültigen Teil dieser Alarmierungsanweisung genau durchzulesen und einzuprägen.
Dabei sind auch alle Verzweigungen und Alternativenweisungen zu berücksichtigen!





Kategorie Qualitätsmanagement OTRS – das „Trouble Ticket System“ im Kreiskrankenhaus Hameln

Mit der wachsenden Komplexität unseres IT-Netzes stieg die Zahl der Benutzerrückfragen an die IT-Abteilung und damit die Notwendigkeit, diese strukturiert und zuverlässig zu bearbeiten. Wir lösten diese Aufgabe mit OTRS (Open Source Ticket Request System), das wir im Februar 2004 in Betrieb nahmen. OTRS zählt zu den frei verfügbaren Programmen und belegte den 1. Platz bei der Preisvergabe Open Source Best Practice Award 2004 in der Kategorie „Öffentlicher Bereich“ (Stadt Mülheim an der Ruhr).

Wir wählten dieses System nach umfangreicher Recherche und Einschätzung unseres Bedarfs, den wir vor allem in der EDV und allgemeinen Technik, externen Anfragen zu DRG's und Vorgängen im Beschwerdemanagement ermittelten. Der Probetrieb mit dem Open Source Ticket Request System bezogen auf EDV Störungsmeldungen lief so erfolgreich, dass wir kurz darauf die DRG-Anfragen an das Medizin Controlling in das System einbeziehen konnten. Seit Februar 2004 bearbeiteten wir mehr als 2.600 Anfragen (Tickets) an die IT-Abteilung. Im medizinischen Bereich hat der Umstieg auf das DRG-System zu einer Flut von Anfragen zur Kodierung der abgerechneten Fälle geführt, was in der Bearbeitung und Nachverfolgung nicht immer einfach war. Ermutigt durch den Erfolg des OTRS im IT-Bereich installierten wir das System auch im Medizincontrolling. Seit September 2004 haben wir mehr als 1.000 Anfragen erfolgreich bearbeitet. OTRS ist für das Kreiskrankenhaus Hameln ein weiterer Schritt auf dem Weg zur komplett elektronischen Aktenführung und Erhöhung der Transparenz aller für unsere Patienten / Kunden wichtigen Vorgänge.

Für 2005 planen wir die Ausweitung des Systems auf das Beschwerdemanagement. Ein erstes Qualitätsteam-Treffen zwischen der IT-Abteilung und Qualitätsmanagementbeauftragten fand im November 2004 statt. Dort wurden bereits die Profile festgelegt, welche danach konfiguriert werden.



OTRS Screenshot

(OTRS)			
(Queue: BeobachtungsQueue)			
Tickets angezeigt: 1-7- Seite: 1- Tickets verfügbar: 7- Alle Tickets: 74			
Queues: BeobachtungsQueue (7) - DRG-Anfrage (43) - IT-Support (6) - Orgaprax (3) - QM (4)			
<input type="checkbox"/> (Ticket#: 1005444)			Alter: 7 Tage 0 Stunden
Sperrn - Inhalt - Priorität - Notiz - Schließen			
Erstellt: 08.07.2005			
Von:	voicebox@kreiskrankenhaus-hameln.de	Status:	neu
An:	itsupport@kreiskrankenhaus-hameln.de	Priorität:	3 normal
Betreff:	Phoner AB: 1282 an 1102	Queue:	IT- Support
		Kunden#:	voicebox@kreis(...)
		Eskalation in: keine	
<input type="checkbox"/> (Ticket#: 1005447)			Alter: 6 Tage 23 Stunden
Sperrn - Inhalt - Priorität - Notiz - Schließen			
Erstellt: 08.07.2005			
Von:	"grossekettler Grossekettler (Hygiene)" grossekettler@kreiskrankenhaus-hameln.de	Status:	offen
An:	IT-Support	Priorität:	3 normal
Betreff:	Inhalt Digitales Archiv wird nicht angezeigt	Queue:	IT- Support
		Kunden#:	grossekettler@(...)
		Eskalation in: keine	
		Außeneinsatz:	
<input type="checkbox"/> (Ticket#: 1005458)			Alter: 4 Tage 0 Stunden
Sperrn - Inhalt - Priorität - Notiz - Schließen			
Erstellt: 11.07.2005			
Von:	Michael Engelmann <engelmann@kreiskrankenhaus-hameln.de>	Status:	neu
An:	Allgemein	Priorität:	3 normal
Betreff:	Netzeinbindung Farbdrucker Plastische Chirurgie	Queue:	Anforderungen
		Kunden#:	engelmann@kreis(...)
		Eskalation in: keine	
<input type="checkbox"/> (Ticket#: 1005493)			Alter: 2 Tage 0 Stunden
Sperrn - Inhalt - Priorität - Notiz - Schließen			
Erstellt: 13.07.2005			
Von:	voicebox@kreiskrankenhaus-hameln.de	Status:	neu
An:	itsupport@kreiskrankenhaus-hameln.de	Priorität:	3 normal
Betreff:	Phoner AB: 1286 an 1102	Queue:	IT- Support
		Kunden#:	voicebox@kreis(...)
		Eskalation in: keine	
<input type="checkbox"/> (Ticket#: 1005509)			Alter: 21 Stunden 15 Minuten
Sperrn - Inhalt - Priorität - Notiz - Schließen			
Erstellt: 14.07.2005			
Von:	"Krueger" <Krueger@kreiskrankenhaus-hameln.de>	Status:	offen
An:	"IT-Support" <itsupport@kreiskrankenhaus-hameln.de>	Priorität:	3 normal
Betreff:	Laptop Dr.Topp	Queue:	IT- Support
		Kunden#:	Krueger@kreis(...)
		Eskalation in: keine	

Weitergehende Informationen

Krankenhausleitbild

Pflegeleitbild

Impressum



Krankenhausleitbild

Zur Förderung der umfassenden Qualitätspolitik, wurden die bisher formulierten Krankenhausziele gemeinsam von Mitarbeitern und der Krankenhausleitung überarbeitet und mit Beschluß der Krankenhausleitung in das Leitbild des Krankenhauses überführt.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für Krankenhäuser führen verstärkt zu Handlungszwängen auch evtl. zu Kürzungen von Leistungen. Durch geeignetes strategisches Handeln soll sichergestellt werden, daß das gesamte Spektrum der Patientenversorgung, d.h. eine Vollversorgung entsprechend den vorhandenen Fachabteilungen, beibehalten werden kann. Maßnahmen zugunsten eines kurzfristigen wirtschaftlichen Erfolges sollen nach Möglichkeit dem Ziel des Ausbaues eines Zentrums mit fachlichen und qualitativen Ansprüchen untergeordnet werden.

1. Der Patient steht im Mittelpunkt des Handelns aller Mitarbeiter. Seine Bedürfnisse werden vorrangig beachtet. Die Versorgung orientiert sich an modernen, gesicherten oder in Leitlinien festgelegten Verfahren und bezieht den Patienten aktiv in den Behandlungsprozess mit ein.
2. Unsere Mitarbeiter sind die wichtigste Schnittstelle zu unseren Patienten / Kunden und sollen bei der Entwicklung von neuen Prozessen, Organisationsänderungen und Qualitätsverbesserungen konstruktiv einbezogen werden.
3. Alle wesentlichen innerbetrieblichen Prozesse sollen den Mitarbeitern entsprechend ihrer Aufgabenstellung transparent gemacht werden. Allgemeine Informationen über betriebliche Entwicklungen werden im Rahmen von Veranstaltungen oder mittels Informationsschriften zu Allgemeingut, öffentlich interessierende Informationen werden u.a. über die vorhandenen Internet-Seiten zur Verfügung gestellt. Wichtig ist die Förderung der Kommunikation innerhalb der Berufsgruppen, besonders aber auch berufsgruppenübergreifend.

Die Krankenhausleitung fördert offensiv alle Aktivitäten des berufsgruppenunabhängigen Qualitätsmanagements, welche eine Verbesserung des Kommunikationsverhaltens herbeiführen können. Wesentliche Verstärkung ist die Bereitstellung aller Informationen in zentralen Medien.



4. Unsere Ziele sind nur erreichbar, wenn die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung die Möglichkeit eröffnet, im vorgegebenen Budgetrahmen alle Leistungen zu erbringen und die methodische und technische Weiterentwicklung sicherzustellen. Die Krankenhausleitung sorgt hier im Besonderen für die strukturellen Rahmenbedingungen, um den Mitarbeitern die Grundlage zum Erreichen der Ziele zu bieten.
5. Durch Ausweitung der nichtstationären / ambulanten Tätigkeitsfelder, auch gemeinsam mit niedergelassenen Ärzten, soll die Gesamtkapazität aller Funktionsbereiche gesichert werden, um das regionale Krankenhaus-/Gesundheitszentrum zu stärken.
Das bereits im Aufbau befindliche Diagnostik- und Therapiezentrum „an der Weser“, soll nicht nur intern für das Kreiskrankenhaus Hameln zur Verfügung stehen, sondern als „Joint Venture“ durch externe Ärzte mitgenutzt werden.
6. Die Krankenhausleitung versteht die vorgenannten Punkte als Zielvorgaben für das gesamte strategische Handeln im Leitungsbereich.

Vorsitzender Krankenhausleitung



Pflegeleitbild

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 sowie seiner 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 unter Anwendung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP).
- Partnerschaftlich aufeinander abgestimmte Zusammenarbeit aller mit der Patientenbetreuung beauftragten Berufsgruppen.
Unsere Erwartungen an Teamarbeit sind u.a.:
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 es ist gemeinsam eine Lösung anzustreben.
- Im Rahmen der Personalentwicklung: Förderung von individuellen Fähigkeiten des Einzelnen.
- Bereitschaft zur aktiven Nutzung von Fort- und Weiterbildungsangeboten mit dem Ziel der Sicherung bzw. Weiterentwicklung pflegerischer und sozialer Kompetenz.
- Stärkung des beruflichen Selbstverständnisses durch Identifikation mit den pflegerischen Aufgabenstellungen.
- Konstruktive Auseinandersetzung mit notwendigen Veränderungen in unserem Haus bzw. dem Gesundheitswesen allgemein.
- Verantwortlicher Umgang mit Ressourcen und Förderung der wirtschaftlichen Situation des Krankenhauses.
- Beachtung von Umweltschutzbelangen in der täglichen Arbeit.



Kreatives Denken, Eigeninitiative und Bereitschaft zu selbständigem 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.

Verabschiedet durch die Stationsleitungskonferenz am 11. Februar 1998, zuletzt überarbeitet am 27. August 2002.



Impressum

Verantwortlich für den Qualitätsbericht

Klaus-Helmut Jelinek
Krankenhausverwaltungsdirektor
Peter Höxter
Qualitätsmanagementbeauftragter

Ansprechpartner

Peter Höxter QM-Beauftragter

Kreiskrankenhaus Hameln
St. Maur Platz 1
31785 Hameln
0 51 5 - 97-23 45 oder 0 51 51 - 97-0
hoexter@kreiskrankenhaus-hameln.de
www.kreiskrankenhaus-hameln.de

Managementverträge

Seniorenheim „Zur Höhe“
www.szh.de

Krankenhaus Lindenbrunn
www.krankenhaus-lindenbrunn.de

Scharnhorst Residenz
www.scharnhorst-residenz.de

Haus Kurt Partzsch
www.haus-kurt-partzsch.de

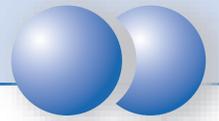
Haus Viktoria Luise
www.haus-viktoria-luise.de

Bildnachweis

Kreiskrankenhaus Hameln
Matthias Waldeck

Redaktion und Layout

INDIGO! Werbeteam
www.indigo-med.de



Kreiskrankenhaus Hameln

Saint-Mauer-Platz 1

31785 Hameln

Telefon 0 51 51 - 97-11 12

Telefax 0 51 51 - 97-11 55

info@kreiskrankenhaus-hameln.de

www.kreiskrankenhaus-hameln.de