

Strukturierter Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2006

gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V

für das

Diakoniekrankenhaus Friederikenstift gGmbH Hannover



Marienstrasse 37
530171 Hannover



Am Deisterbahnhof 8
31848 Bad Münder



Humboldtstrasse
30169 Hannover



Re-Zertifiziert nach proCumCert incl. KTQ®



Inhaltsverzeichnis

A	Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses	6
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	6
A-2	Institutionskennzeichen des Krankenhauses	6
A-3	Standort(nummer)	6
A-4	Name und Art des Krankenhausträgers.....	6
A-5	Akademisches Lehrkrankenhaus.....	6
A-6	Organisationsstruktur des Krankenhauses	6
A-7	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie.....	7
A-8	Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses	8
A-9	Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-10	Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses.....	9
A-11	Forschung und Lehre des Krankenhauses	10
A-12	Anzahl der Betten im Krankenhaus nach §108/109 SGB V.....	11
A-13	Fallzahlen des Krankenhauses	11
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen.....	12
B-1	Allgemein-, Visceral- und Gefäßchirurgie.....	12
B-2	Gynäkologie	16
B-3	Geburtshilfe.....	20
B-4	Handchirurgie und Plastische Chirurgie	23
B-5	Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	27
B-6	Urologie.....	33
B-7	Innere Medizin.....	38
B-8	Neurologie	43
B-9	Neurochirurgie.....	46
B-10	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	50
B-11	Strahlenheilkunde	54
B-12	Anästhesie- und Intensivmedizin.....	57

B-13	Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie	60
B-14	Endoskopie.....	63
C	Qualitätssicherung	66
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach §137 Abs.1 Satz 3 Nr.1 SGB V (BQS-Verfahren).....	66
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß §112 SGB V.....	77
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	77
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	77
C-5	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V	77
C-6	Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs.1 S.3 Nr.3 SGB V (Ausnahmeregelung).....	77
D	Qualitätsmanagement.....	78
D-1	Qualitätspolitik.....	78
D-2	Qualitätsziele	81
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	83
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	85
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte.....	90
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	95

Vorwort

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

das Diakoniekrankenhaus Friederikenstift gGmbH ist eine Betriebsgesellschaft der Diakonischen Dienste Hannover gGmbH.

Im Herbst 2006 haben sich die drei großen diakonischen Einrichtungen in Hannover zu einer Holding zusammengeschlossen. Die Diakonischen Dienste Hannover gGmbH (DDH) bestehen aus den Einrichtungen des Annastiftes, Friederikenstiftes und der Henriettenstiftung.

Bereits in den 90er Jahren wurde mit einer Zusammenarbeit auf Projektebene begonnen. Hieraus resultierte z.B. ein Einkaufsverbund im medizinischen Bereich, gemeinsame Fort- und Weiterbildungsangebote, Kooperationen mit niedergelassenen Fachärzten sowie die Implementierung des Hospizes.

Die hohe medizinische und pflegerische Qualität der Kliniken, aber auch die Qualität in den anderen Einrichtungen der DDH, wurde schon früh durch externe Überprüfungen bestätigt. Das Annastift ist nach DIN ISO 9001 zertifiziert, die Henriettenstiftung nach KTQ und das Friederikenstift nach KTQ und proCum Cert.

Die Einführung eines gemeinsamen Qualitätsmanagements ist bereits etabliert und schließt folgende Bereiche ein:

- Krankenhäuser
- Ambulante Pflegedienste
- Ambulanter Palliativdienst
- Reha-Einrichtungen
- Uhlhorn Hospiz
- Alten- und Behindertenpflege
- Schulen
- Leben und Lernen
- Akademie

Unser Ziel ist es, in allen Einrichtungen der DDH eine hohe Qualität der Leistungserbringung zu gewährleisten und das diakonische Profil weiter zu stärken.

In dem Ihnen vorliegenden Qualitätsbericht stellt sich das Diakoniekrankenhaus Friederikenstift gGmbH detailliert vor.



Dr. Utz Wewel
Vorsitzender der Geschäftsführung



Einleitung

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

wir freuen uns über Ihr Interesse am Friederikenstift und unserem Qualitätsbericht.

Der Inhalt des Qualitätsberichtes ist gesetzlich vorgegeben und somit für alle Krankenhäuser gleich. Die Transparenz des Leistungsgeschehens und der Abläufe wird in den nächsten Jahren neue Strukturen im Gesundheitswesen vorantreiben.

Der Ihnen jetzt vorliegende Qualitätsbericht gibt Ihnen Informationen zu den Struktur- und Leistungsdaten unseres Krankenhauses, zu den Leistungsdaten der Kliniken, den Ergebnissen der externen vergleichenden Qualitätssicherung und unserem internen Qualitätsmanagement, hier zeigen wir Ihnen, dass Qualitätsmanagement für uns kontinuierliche Verbesserung bedeutet und uns gute Ergebnisse, aber auch Abläufe und Strukturen wichtig sind. Wir stellen Ihnen unter anderem den Aufbau unseres Qualitätsmanagements, ausgewählte Projekte, die Auswertung unserer Patientenbefragungen und die Qualitätspolitik des Friederikenstiftes und der DDH vor. Das Qualitätsmanagement im Friederikenstift hat sich 2006 erneut der Prüfung durch externe Experten gestellt und wurde nach proCum Cert und KTQ rezertifiziert.

Eine kontinuierliche Verbesserung kann nur im ständigen Austausch mit allen Berufsgruppen im Krankenhaus erfolgen. Analog dazu bedarf es im Gesundheitswesen in der Zukunft der offenen Kommunikation zwischen Leistungserbringern, Kostenträgern und Patienten, um Strukturen zu schaffen, die für alle tragfähig sind. Wir möchten diesen Weg mit gestalten.

Die Geschäftsführung, vertreten durch Prof. Dr. med. Helmut Lill ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Wir hoffen, Ihnen mit unserem Qualitätsbericht hilfreiche Informationen in Ihrer Entscheidung für eine optimale Behandlung und Betreuung gegeben zu haben.

Mit freundlichen Grüßen

Im Namen der Geschäftsführung

Im Namen des Qualitätsmanagements

Prof. Dr. med. Helmut Lill
Ärztlicher Geschäftsführer

Dr. med. Monika Zielmann, MBA
Qualitätsmanagementbeauftragte

A Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhausname: Diakoniekrankenhaus Friederikenstift gGmbH
Hausanschrift: Humboldtstraße 5
30169 Hannover
Postfach: 2040
30020 Hannover
Telefon: 0511 129-0
Fax: 0511 129-2777
URL: www.Friederikenstift.de
EMail: <mailto:Monika.Zielmann@Friederikenstift.de>

A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

Institutionskennzeichen: 260320531

A-3 Standort(nummer)

Standort: 00

A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

Name: Diakoniekrankenhaus Friederikenstift gGmbH
Art: freigemeinnützig

A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

Lehrkrankenhaus: Ja
Universität: Medizinische Hochschule Hannover

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses

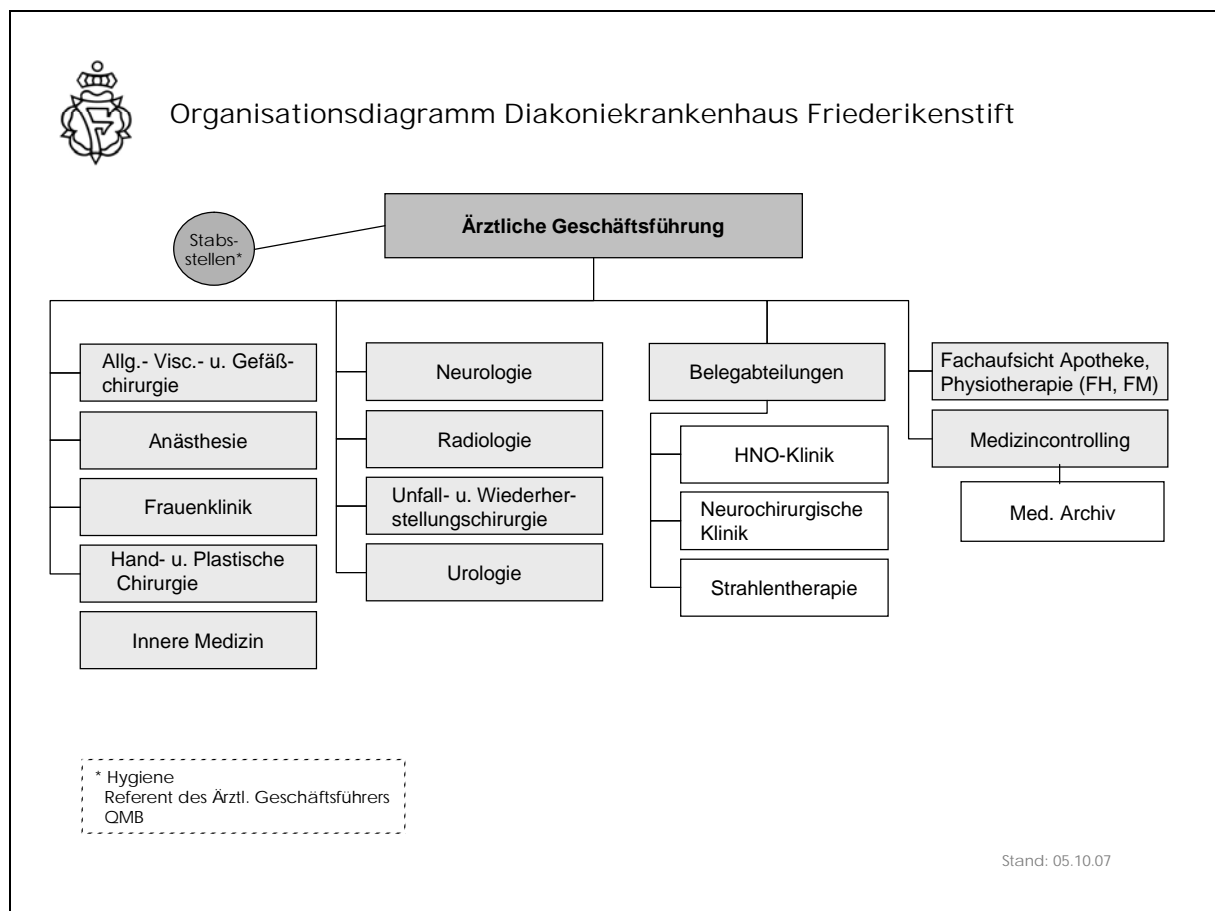
Zum Friederikenstift gehören:

- Diakoniekrankenhaus Friederikenstift in der Humboldtstraße
- Diakoniekrankenhaus Friederikenstift in der Marienstraße
- Berufsgenossenschaftliche Sonderstation für Schwerunfallverletzte Bad Münden/Hachmühlen
- Rehasentrum des Friederikenstiftes Hannover
- Ambulanter Pflegedienst
- Ambulanter Palliativdienst
- Uhlhorn Hospiz, in gemeinsamer Trägerschaft des Friederikenstifts und der Henriettenstiftung

Das Diakoniekrankenhaus Friederikenstift ist ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung und Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover. Im Rahmen des akademischen Lehrauftrags werden bei uns Medizinstudenten ausgebildet. Alle Kliniken bilden Fachärzte aus. Dafür ist ein hoher professioneller Standard in Diagnostik, Therapie und Pflege Voraussetzung.

Folgende Kliniken werden im Friederikenstift vorgehalten:

- Allgemein-, Visceral- und Gefäßchirurgie
- Frauenklinik
- Hand- und Plastische Chirurgie
- Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie
- Urologie
- Innere Medizin
- Neurologie
- Neurochirurgie
- Hals-, Nasen -Ohrenheilkunde
- Strahlenheilkunde
- Anästhesie- und Intensivmedizin
- Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie



A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Es handelt sich nicht um ein psychiatrisches Krankenhaus.

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

Brustzentrum (VS01)	
Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind	Frauenklinik, Strahlenheilkunde
Kommentar / Erläuterung	DMP

Muskuloskeletales Zentrum (VS00)	
Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind	Annastift, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie sowie Hand- und Plastische Chirurgie des Friederikenstifts, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie der Henriettenstiftung

Palliativzentrum (VS00)	
Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind	Kliniken des Friederikenstiftes Palliativdienst Friederikenstift Palliativmedizinischer Konsiliardienst Palliativdienst Friederikenstift Ambulante Pflegedienste Uhlhorn-Hospiz
Kommentar / Erläuterung	Palliativmedizinische ambulante und stationäre Versorgung

Traumazentrum (VS05)	
Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind	Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie Klinik für Hand- und Plastische Chirurgie
Kommentar / Erläuterung	Das Friederikenstift ist überregionales Traumazentrum

Tumorzentrum (VS06)	
Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind	alle Kliniken des Friederikenstifts sind einbezogen

Wirbelsäulenzentrum (VS00)	
Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind	Kliniken des Annastiftes, des Friederikenstiftes und der Henriettenstiftung

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

- Atemgymnastik (MP04)
- Babyschwimmen (MP05)
- Beratung / Betreuung durch Sozialarbeiter (MP07)
- Besondere Formen / Konzepte der Betreuung von Sterbenden (MP09)
- Bewegungstherapie (MP11)
- Diabetiker-Schulung (MP13)
- Diät- und Ernährungsberatung (MP14)
- Entlassungsmanagement (MP15)
- Ergotherapie (MP16)
- Lymphdrainage (MP24)
- Massage (MP25)
- Medizinische Fußpflege (MP26)
- Physikalische Therapie (MP31)
- Physiotherapie / Krankengymnastik (MP32)
- Schmerztherapie / -management (MP37)
- Spezielles pflegerisches Leistungsangebot (MP42)
- Stomatherapie und -beratung (MP45)
- Wärme- u. Kälteanwendungen (MP48)
- Wundmanagement (MP51)
- Zusammenarbeit mit / Kontakt zu Selbsthilfegruppen (MP52)

A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

- Besuchsdienst / "Grüne Damen" (SA39)
- Bibliothek (SA22)
- Cafeteria (SA23)
- Dolmetscherdienste (SA41)
- Empfangs- und Begleitsdienst für Patienten und Besucher (SA40)
- Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl) (SA20)
- Kiosk / Einkaufsmöglichkeiten (SA28)
- Kirchlich-religiöse Einrichtungen (Kapelle, Meditationsraum) (SA29)
- Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten (SA30)
- Kostenlose Getränkebereitstellung (Mineralwasser) (SA21)
- Kulturelle Angebote (SA31)
- Maniküre / Pediküre (SA32)
- Parkanlage (SA33)
- Seelsorge (SA42)

A-11 **Forschung und Lehre des Krankenhauses**

Ausbildung in der Gesundheits-und Krankenpflegeschule

Gesundheits-und KrankenpflegerIn

Vorraussetzungen:

Schulbildung: Sekundarabschluß I, erweiterter Sekundarabschluß II, Abitur oder eine abgeschlossene Berufsausbildung

Sonstige: Pfarramtliches Zeugnis über die Zugehörigkeit zu einer christlich-religiösen Gemeinschaft, gesundheitliche Eignung

Mindestalter: 18 Jahre

Veranstaltungsturnus: Jährlich, April und Oktober

Schulart und Veranstaltungsform: Berufsfachschule / Vollzeit

Dauer: 3 Jahre, 4600 Std. inkl. berufspraktische Ausbildung

Abschluss: Staatliche Prüfung

Gliederung der Ausbildung: Theoretischer und praktischer Unterricht: 2100 Std. praktische Ausbildung: 2500 Std. in verschiedenen stationären Einrichtungen des Hauses, in Altenpflegeeinrichtungen, in der Kinderkrankenpflege, der Psychiatrie und in ambulanten Pflegeeinrichtungen, incl. 80-120 Std. Nachwacheneinsatz.

KrankenpflegehelferIn

Vorraussetzungen

Schulbildung: Hauptschulabschluss

Sonstige: gesundheitliche Eignung

Mindestalter: 18 Jahre

Veranstaltungsturnus: Einmal jährlich zum 1. Dezember

Schulart: Berufsfachschule / Vollzeit

Dauer: 1 Jahr, 1600 Std. inkl. berufspraktische Ausbildung

Abschluss: Staatliche Prüfung

Gliederung der Ausbildung Theoretischer und praktischer Unterricht: 600 Std. praktische Ausbildung: 1000 Std. in einem konservativen und operativen Fach.

Operationstechnisch(e) AssistentIn

Vorraussetzungen:

Schulbildung: Sekundarabschluß I, erweiterter Sekundarabschluß II, Abitur oder eine abgeschlossene Berufsausbildung

Sonstige: gesundheitliche Eignung

Mindestalter: 18 Jahre

Veranstaltungsturnus: Dreijährig, zum 1. Februar

Schulart: Berufsfachschule / Vollzeit

Dauer: 3 Jahre, 4600 Std. inkl. berufspraktische Ausbildung

Abschluss: Prüfung gemäß den Richtlinien der Deutschen Krankenhausgesellschaft

Gliederung der Ausbildung

Theoretischer und praktischer Unterricht: 1600 Std. praktische Ausbildung: 3000 Std. unter fachkundiger Anleitung an obligatorischen und fakultativen Einsatzplätzen und einem Pflegepraktikum auf einer chirurgischen Allgemeinstation. Im 2. Und 3. Ausbildungsjahr sind 120 - 160 Std. im Bereitschaftsdienst und/oder Rufbereitschaft unter Aufsicht zu leisten.

Ausbildungsziele

Die Absolventen werden zur direkten Mitarbeit im Operationsteam qualifiziert. Das dafür notwendige organisatorische, technische und pflegerische Fachwissen wird vermittelt.

Weitere Infos unter: www.friederikenstift.de/abteilungen/pflege

A-12 Anzahl der Betten im Krankenhaus nach §108/109 SGB V

Betten: 456

A-13 Fallzahlen des Krankenhauses

Vollstationäre Fallzahl: 19711

Ambulante Fallzahl:

- Fallzählweise: 27338

- Quartalszählweise: 0

- Patientenzählweise: 0

- Sonstige Zählweise:

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-1 Allgemein-, Visceral- und Gefäßchirurgie

B-1.1 Allgemeine Angaben der Allgemein-, Visceral- und Gefäßchirurgie

Krankenhausname: Diakoniekrankenhaus Friederikenstift gGmbH
Fachabteilung: Allgemein-, Visceral- und Gefäßchirurgie
Art: Hauptabteilung
Chefarzt: Prof. Dr. med. Rolf-Dieter Keferstein
Ansprechpartner: Sekretariat: Frau Kielhorn / Frau Bähre
Hausanschrift: Humboldtstraße 5
30169 Hannover
Telefon: 0511 129-2301
Fax: 0511 129-2403
URL: www.Friederikenstift.de
EMail: <mailto:Sekretariat.AC@Friederikenstift.de>

B-1.2 Versorgungsschwerpunkte der Allgemein-, Visceral- und Gefäßchirurgie

- Aortenaneurysmachirurgie (VC16)
- Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen (z.B. Thrombosen, Krampfadern) und Folgeerkrankungen (z.B. Ulcus cruris/ offenes Bein) (VC19)
- Endokrine Chirurgie (VC21)
- Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie (VC23)
- Magen-Darm-Chirurgie (VC22)
- Minimal-invasive laparoskopische Operationen (VC55)
- Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen (VC17)
- Spezialsprechstunde (VC58)
- Visceralchirurgie, Onkologische Chirurgie, Hernienchirurgie, Gefäßchirurgie
- Tumorchirurgie (VC24)

B-1.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Allgemein-, Visceral- und Gefäßchirurgie

Kontinenztraining / Inkontinenzberatung (MP22)

B-1.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Allgemein-, Visceral- und Gefäßchirurgie

- Aufenthaltsräume (SA01)
- Balkon / Terrasse (SA12)
- Ein-Bett-Zimmer (SA02)
- Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (SA03)
- Fernsehgerät am Bett / im Zimmer (SA14)
- Rollstuhlgerechte Nasszellen (SA06)
- Rundfunkempfang am Bett (SA17)
- Telefon (SA18)
- Zwei-Bett-Zimmer (SA10)
- Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (SA11)

B-1.5 Fallzahlen der Allgemein-, Visceral- und Gefäßchirurgie

Vollstationäre Fallzahl: 1738

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I70	202	Arterienverkalkung (v.a. an den Beinen)
2	K80	191	Gallensteinleiden
3	K40	109	Leistenbruch
4	K35	105	Akute Blinddarmentzündung
5	K57	88	Krankheit des Darmes mit sackförmigen Ausstülpungen der Darmwand
6	K56	78	Lebensbedrohliche Unterbrechung der Darmpassage aufgrund einer Darmlähmung oder eines Passagehindernisses
7	C18	70	Dickdarmkrebs
8	E04	69	Sonstige Vergrößerung der Schilddrüse, ohne Überfunktion der Schilddrüse (z.B. wegen Jodmangel)
9	E11	61	Alterszucker (=Typ 2 Diabetes mellitus, nicht von Anfang an mit Insulinabhängigkeit)
10	C20	54	Mastdarmkrebs

B-1.7 Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-455	141	Teilweise Entfernung des Dickdarmes
2	5-469	122	Sonstige Operationen am Darm (z.B. Lösen von Verwachsungen, Aufdehnung von Darmabschnitten)
3	5-530	112	Verschluss von Eingeweidebrüchen (=Hernien), die im Leistenbereich austreten
4	5-470	103	Blinddarmentfernung
5	5-062	58	Operation an der Schilddrüse mit teilweiser Schilddrüsenentfernung (z.B. operative Entfernung von erkranktem Gewebe)
6	5-894	47	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
7	5-536	44	Verschluss von Eingeweidebrüchen (=Hernien), die im Bereich einer Operationsnarbe austreten
8	5-454	28	Resektion des Dünndarmes
9	5-484	26	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung
10	5-381	24	Ausräumen des am Verschlussort eines Blutgefäßes gelegenen Blutpfropfes (=Thrombus) einschließlich der ihm anhaftenden Gefäßinnenwand

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bezeichnung der Ambulanz	Ermächtigungsambulanz
Angebotene Leistung	Allgemein- und Gefäßchirurgische Sprechstunde nach Überweisung durch niedergelassene Ärzte
Art der Ambulanz	Ermächtigung

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-399	312	Sonstige Operationen an Blutgefäßen (z.B. Einführung eines Katheters in ein Blutgefäß; Implantation von venösen Katheterverweilsystemen zur Chemotherapie/ Schmerztherapie)
2	5-530	54	Verschluss von Eingeweidebrüchen (=Hernien), die im Leistenbereich austreten
3	5-401	44	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten oder Lymphgefäße
4	5-897	17	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis
5	5-534	12	Verschluss von Eingeweidebrüchen (=Hernien), die im Bereich des Bauchnabels austreten
6	5-492	8	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals
7	5-850	8	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie
8	5-385	7	Unterbindung, Entfernen oder Herausziehen von Krampfadern
9	5-490	7	Einschneiden oder Entfernen von Gewebe der Region um den Darmausgang
10	5-852	6	Exzision von Muskel, Sehne und Faszie

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein

Stationäre BG-Zulassung: Ja

B-1.11 Apparative Ausstattung

- Sonographiegerät / Dopplersonographiegerät (AA29)
- Röntgengerät / Durchleuchtungsgerät (z.B. C-Bogen) (AA27) (24h-Notfallverfügbarkeit)
- Endoskop (AA12)
- Cell Saver (im Rahmen einer Bluttransfusion) (AA07)
- Angiographiegerät (AA01)

B-1.12 Personelle Ausstattung

B-1.12.1 Ärzte

	Anzahl
Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	10,80
Davon Fachärzte	6,00
Belegärzte (nach § 121 SGB V)	0,00

Fachexpertise der Abteilung

- Gefäßchirurgie (AQ07)
- Viszeralchirurgie (AQ13)

B-1.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Kommentar / Ergänzung
Pflegekräfte insgesamt	19,16	
Examierte Pflegekräfte	19,16	
Examierte Pflegekräfte mit Fachweiterbildung	1,00	Leitung; 5 Praxisanleiter/Mentoren

B-1.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

- Wundmanager (SP28)

B-2 Gynäkologie

B-2.1 Allgemeine Angaben der Gynäkologie

Die Gynäkologie und Geburtshilfe werden als zwei Abteilungen in der Frauenklinik zusammengefasst. Zur besseren Darstellung führen wir die Leistungsdaten getrennt auf.

Krankenhausname: Diakoniekrankenhaus Friederikenstift gGmbH
Fachabteilung: Gynäkologie
Art: Hauptabteilung
Chefarzt: Dr. med. Ulrich Böhme
Ansprechpartner: Sekretariat: Karin Hollemann
Hausanschrift: Humboldtstraße 5
30169 Hannover
Telefon: 0511 129-2309
Fax: 0511 129-2310
URL: www.Friederikenstift.de
EMail: <mailto:sekretariat.gyn@Friederikenstift.de>

B-2.2 Versorgungsschwerpunkte der Gynäkologie

- Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren (Zervix-, Corpus-, Ovarial-, Vulva-, Vaginalkarzinom) (VG08)
- Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse (VG01)
- Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane (VG13)
- Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse (VG02)
- Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes (VG14)
- Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse (VG03)
- Endoskopische Operationen (Laparoskopie, Hysteroskopie) (VG05)
- Gynäkologische Abdominalchirurgie (VG06)
- Inkontinenzchirurgie (VG07)
- Spezialsprechstunde (VG15): Inkontinenz
- Mamma-Sprechstunde (Teilnahme am DMP und Mammographie-Screening)

B-2.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Gynäkologie

- Sonstiges (MP00): Psycho-Onkologische Betreuung, Kosmetik-Kurs für Tumorpatienten

B-2.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Gynäkologie

- Aufenthaltsräume (SA01)
- Balkon / Terrasse (SA12)
- Ein-Bett-Zimmer (SA02)
- Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (SA03)
- Fernsehgerät am Bett / im Zimmer (SA14)
- Kühlschrank (SA16)
- Rollstuhlgerechte Nasszellen (SA06)

- Rundfunkempfang am Bett (SA17)
- Telefon (SA18)
- Unterbringung Begleitperson (SA09)
- Wertfach / Tresor am Bett / im Zimmer (SA19)
- Zwei-Bett-Zimmer (SA10)
- Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (SA11)

B-2.5 Fallzahlen der Gynäkologie

Vollstationäre Fallzahl: 821

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	D25	107	Gutartige Geschwulst des Gebärmuttermuskelatur (=Myom)
2	C50	86	Brustkrebs
3	N83	66	Nichtentzündliche Krankheiten der Eierstöcke, der Eileiter oder der Gebärmutterbänder (v.a. Eierstockzysten)
4	N81	45	Vorfall von Genitalorganen der Frau (z.B. der Gebärmutter) durch die Scheidenöffnung
5	N92	35	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation
6	C56	32	Krebs der Eierstöcke
7	N70	31	Entzündung der Eileiter oder der Eierstöcke
8	N95	28	Klimakterische Störungen
9	R10	25	Bauch- oder Beckenschmerzen
10	D27	21	Gutartige Geschwulst der Eierstöcke

B-2.7 Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-683	202	Operative Entfernung der Gebärmutter
2	5-690	111	Therapeutische Ausschabung der Gebärmutter
3	5-704	85	Plastisch-operative Scheideneinengung bei Genitalvorfall durch vordere/hintere Raffnaht oder Stabilisierung des muskulären Beckenbodens durch Beckenbodenplastik
4	5-881	65	Inzision der Mamma
5	5-651	63	Entfernen oder Zerstören von erkranktem Gewebe der Eierstöcke
6	5-653	63	Operative Entfernung des Eileiters und der Eierstöcke
7	1-672	61	Spiegelung der Gebärmutter
8	5-870	52	Brusterhaltende Operation ohne Entfernung von Lymphknoten im Achselbereich
9	5-871	35	Brusterhaltende Operation mit Entfernung von Lymphknoten im Achselbereich
10	1-694	32	Spiegelung des Bauchraums und seiner Organe

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bezeichnung der Ambulanz	Onkologische Ambulanz
Angebotene Leistung	Chemotherapie
Art der Ambulanz	Ermächtigung

Bezeichnung der Ambulanz	Inkontinenz-Sprechstunde
Angebotene Leistung	Diagnostik und Beratung
Art der Ambulanz	Privatsprechstunde

Bezeichnung der Ambulanz	Mamma-Sprechstunde
Angebotene Leistung	Sonographien, Stanzbiopsien
Art der Ambulanz	Ermächtigung

Bezeichnung der Ambulanz	Privatsprechstunde
Angebotene Leistung	Gynäkologie und Geburtshilfe
Art der Ambulanz	Privatsprechstunde

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-690	342	Therapeutische Ausschabung der Gebärmutter
2	1-672	179	Spiegelung der Gebärmutter
3	5-751	55	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]
4	1-471	53	Entnahme einer Gewebeprobe der Gebärmutter Schleimhaut ohne Einschneiden (z.B. Strichkürettage)
5	1-694	41	Spiegelung des Bauchraums und seiner Organe
6	5-651	41	Entfernen oder Zerstören von erkranktem Gewebe der Eierstöcke
7	5-671	20	Konisation der Cervix uteri
8	5-691	11	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers
9	5-711	11	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)
10	5-663	10	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein

Stationäre BG-Zulassung: Ja

B-2.11 Apparative Ausstattung

- Endoskop (AA12)
- Sonographiegerät / Dopplersonographiegerät (AA29)

B-2.12 Personelle Ausstattung

B-2.12.1 Ärzte

Die hier angegebenen Personaldaten der Ärzte beziehen sich auf die gesamte Frauenklinik, es gibt keine getrennte Darstellung für die Gynäkologie und Geburtshilfe.

	Anzahl
Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	12,20
Davon Fachärzte	4,60
Belegärzte (nach § 121 SGB V)	0,00

Fachexpertise der Abteilung

- Frauenheilkunde und Geburtshilfe (AQ14)
- Akupunktur (ZF02)
- Sonstige Zusatzweiterbildung (ZF00)
- Ernährungsmedizin

B-2.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Kommentar / Ergänzung
Pflegekräfte insgesamt	11,39	
Examierte Pflegekräfte	9,36	
Examierte Pflegekräfte mit Fachweiterbildung	0,00	7 Praxisanleiter/Mentoren 2 Schwestern nehmen fortlaufend an onkologischer Qualifizierung teil (Breast Care Nurse)

B-2.12.3 Spezielles therapeutisches Personal: ist unter A-9 aufgeführt

B-3 Geburtshilfe

B-3.1 Allgemeine Angaben der Geburtshilfe

Siehe Gynäkologie

Krankenhausname: Diakoniekrankenhaus Friederikenstift gGmbH
Fachabteilung: Geburtshilfe
Art: Hauptabteilung
Chefarzt: Dr. med. Ulrich Böhme
Ansprechpartner: Sekretariat: Karin Hollemann
Hausanschrift: Humboldtstraße 5
 30169 Hannover
Telefon: 0511 129
Fax: 0511 129-2310
URL: www.Friederikenstift.de
EMail: <mailto:sekretariat.gyn@Friederikenstift.de>

B-3.2 Versorgungsschwerpunkte der Geburtshilfe

- Betreuung von Risikoschwangerschaften (VG10)
- Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes (VG11)
- Geburtshilfliche Operationen (VG12)
- Pränataldiagnostik und Therapie (VG09)

B-3.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Geburtshilfe

- Akupunktur (MP02)
- Geburtsvorbereitungskurse (MP19)
- Spezielles Leistungsangebot von Hebammen (MP41)
- Stillberatung (MP43)
- Wassergeburt (MP00)
- Wochenbettgymnastik (MP50)

B-3.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Geburtshilfe

- Telefon (SA18)
- Aufenthaltsräume (SA01)
- Ein-Bett-Zimmer (SA02)
- Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (SA03)
- Fernsehgerät am Bett / im Zimmer (SA14)
- Mutter-Kind-Zimmer (SA05)
- Rundfunkempfang am Bett (SA17)
- Teeküche für Patienten (SA08)
- Unterbringung Begleitperson (SA09)
- Zwei-Bett-Zimmer (SA10)
- Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (SA11)

B-3.5 Fallzahlen der Geburtshilfe

Vollstationäre Fallzahl: 3281, davon 1402 Geburten

B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	Z38	1203	Lebendgeborene(r) Säugling(e)
2	O70	246	Dammriss unter der Geburt
3	O80	209	Spontangeburt eines Einlings
4	O68	196	Komplikationen bei Wehen oder Entbindung mit Gefahrenzustand des Ungeborenen
5	O48	187	Übertragene Schwangerschaft
6	O42	119	Vorzeitiger Blasensprung
7	O26	93	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind
8	O36	82	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim Ungeborenen im Mutterleib
9	O34	74	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Normabweichung (=Anomalie) der Beckenorgane
10	O24	69	Diabetes mellitus in der Schwangerschaft

B-3.7 Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-262	1400	Versorgung von Neugeborenen nach der Geburt (speziell Risikoneugeborene, erkrankte Neugeborene)
2	9-260	589	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt
3	5-758	568	Wiederherstellung weiblicher Geschlechtsorgane nach Riss nach der Geburt
4	5-730	438	Künstliche Fruchtblasensprengung (=Amniotomie) (Maßnahme zur Geburtseinleitung, -beschleunigung)
5	9-261	401	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt
6	5-749	282	Sonstige Schnittentbindung (=Kaiserschnitt) (z.B. in der Misgav-Ladach-Operationstechnik)
7	5-738	277	Erweiterung des Scheideneingangs durch teilweise Dammdurchtrennung oder Naht
8	5-756	148	Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal)
9	5-728	107	Vakuumentbindung
10	5-740	48	Klassische Schnittentbindung (=Kaiserschnitt)

B-3.7.1 Weitere Kompetenzprozeduren: Ein besonderer Schwerpunkt besteht in der vaginalen Entbindung der Beckenendlagen.

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bezeichnung der Ambulanz	Pränatale Sprechstunde
Angebotene Leistung	Amniozentese Mißbildungsdiagnostik Doppler-Sonographie
Art der Ambulanz	Ermächtigungsambulanz

Bezeichnung der Ambulanz	Akupunktursprechstunde
Angebotene Leistung	Akupunktur
Art der Ambulanz	Private Leistungserbringung

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Ambulante Operationen sind in der Gynäkologie dargestellt.

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein

Stationäre BG-Zulassung: Ja

B-3.11 Apparative Ausstattung

- Sonstige (AA00): Entbindungsbadewanne

B-3.12 Personelle Ausstattung

B-3.12.1 Ärzte

	Anzahl
Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	12,20
Davon Fachärzte	4,60
Belegärzte (nach § 121 SGB V)	0,00

Fachexpertise der Abteilung: Frauenheilkunde und Geburtshilfe (AQ14)

B-3.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Kommentar / Ergänzung
Pflegekräfte insgesamt	14,92	
Examinierte Pflegekräfte	10,29	
Examinierte Pflegekräfte mit Fachweiterbildung	1,00	Leitung PK gesamt incl. 1,25 Hebammen; 2 Praxisanleiter/Mentoren, 1xBabymassage

B-3.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Hebammen / Entbindungspfleger (SP07): 11,87 Vollkräfte, davon 1 Fachweiterbildung Leitung, 14 x Akupunktur, 1 x Babymassage, 1 Hebamme zusätzlich Gesundheits-und Krankenpflegende.

B-4 Handchirurgie und Plastische Chirurgie

B-4.1 Allgemeine Angaben der Handchirurgie und Plastische Chirurgie

Krankenhausname: Diakoniekrankenhaus Friederikenstift gGmbH
Fachabteilung: Handchirurgie und Plastische Chirurgie
Art: Hauptabteilung
Chefarzt: Prof. Dr. med. Margitta Flügel (seit Juli 2007 PD Dr. med. Kopp)
Ansprechpartner: Sekretariat: Frau Henze
Hausanschrift: Mariensstraße 37
30171 Hannover
Telefon: 0511 3043-240
Fax: 0511 3043-242
URL: www.Friederikenstift.de
EMail: <mailto:Christiane.Henze@Friederikenstift.de>

B-4.2 Versorgungsschwerpunkte der Handchirurgie und Plastische Chirurgie

- Bandrekonstruktionen / Plastiken (VC27)
- Behandlung von Dekubitalgeschwüren (VC29)
- Diagnostik und Therapie von Hauttumoren (VD03)
- Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut (VD04)
- Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen (VC31)
- Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42)
- Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (VC37)
- Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38)
- Gelenkersatzverfahren / Endo-Prothetik (VC28)
- Metall- / Fremdkörperentfernungen (VC26)
- Plastisch rekonstruktive Eingriffe (VC57)
- Septische Knochenchirurgie (VC30)
- Spezialsprechstunde (VC58)

B-4.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Handchirurgie und Plastische Chirurgie

sind unter A-9 beschrieben

B-4.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Handchirurgie und Plastische Chirurgie

- Aufenthaltsräume (SA01)
- Ein-Bett-Zimmer (SA02)
- Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (SA03)
- Faxempfang für Patienten (SA24)
- Fernsehgerät am Bett / im Zimmer (SA14)
- Rollstuhlgerechte Nasszellen (SA06)
- Rundfunkempfang am Bett (SA17)
- Telefon (SA18)
- Unterbringung Begleitperson (SA09)
- Zwei-Bett-Zimmer (SA10)
- Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (SA11)

B-4.5 Fallzahlen der Handchirurgie und Plastische Chirurgie

Vollstationäre Fallzahl: 1413

B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	M72	146	Bindegewebswucherungen
2	L03	130	Flächenhafte eitrige Entzündung der Unterhaut mit infiltrativer Ausbreitung (=Phlegmone)
3	M18	100	Rhizarthrose [Arthrose des Daumensattelgelenkes]
4	S62	96	Knochenbruch im Bereich des Handgelenkes oder der Hand
5	S66	86	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Handgelenkes und der Hand
6	G56	82	Nervenschädigung eines Nervens der oberen Gliedmaße (außer bei akuter Verletzung)
7	M19	71	Sonstiger chronischer Gelenkverschleiss (=Arthrose)
8	S64	63	Verletzung von Nerven in Höhe des Handgelenkes und der Hand
9	S63	55	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Höhe des Handgelenkes und der Hand
10	M84	47	Veränderungen der Knochenkontinuität

B-4.7 Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-840	286	Operationen an Sehnen der Hand
2	5-782	218	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe
3	5-849	186	Andere Operationen an der Hand
4	5-842	176	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger
5	5-903	161	Hautlappenersatz an Haut und Unterhaut
6	5-056	153	Operation mit Auflösung von Nervenzellen oder Druckentlastung von Nerven (z.B. bei chronischen Schmerzen)
7	5-841	126	Operationen an Bändern der Hand
8	5-916	115	Vorübergehende Weichteildeckung
9	5-895	109	Ausgedehntes Entfernen von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
10	5-847	108	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bezeichnung der Ambulanz	Spezielle BG-liche Sprechstunden
Angebotene Leistung	Spezielle BG-liche Sprechstunden
Art der Ambulanz	Spezielle BG-liche Sprechstunden

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-840	152	Operationen an Sehnen der Hand
2	5-845	101	Synovialektomie an der Hand
3	5-056	96	Operation mit Auflösung von Nervenzellen oder Druckentlastung von Nerven (z.B. bei chronischen Schmerzen)
4	5-790	77	Stellungskorrektur eines Knochenbruches ohne freie Verbindung des Bruches zur Körperoberfläche (=geschlossene Reposition) oder einer Lösung der Knochenenden von Röhrenknochen mittels Knochenstabilisie
5	5-849	76	Andere Operationen an der Hand
6	5-787	67	Entfernung von Knochenstabilisierungsmaterial
7	5-841	60	Operationen an Bändern der Hand
8	5-810	39	Wiederholungsoperation am Gelenk mittels Gelenkspiegel (=Arthroskop)
9	1-697	37	Gelenkspiegelung
10	5-842	20	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger

B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein

Stationäre BG-Zulassung: Ja

B-4.11 Apparative Ausstattung

Sonographiergerät / Dopplersonographiergerät (AA29)
Sonstige (AA00)
Operationsmikroskope
Handarthroskopieeinheiten

B-4.12 Personelle Ausstattung

B-4.12.1 Ärzte

	Anzahl
Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	11,50
Davon Fachärzte	7,50
Belegärzte (nach § 121 SGB V)	0,00

Fachexpertise der Abteilung

Handchirurgie (ZF12)
Notfallmedizin (ZF28)
Plastische und Ästhetische Chirurgie (AQ11)
Sonstige Facharztqualifikation (AQ00)
Sonstige Zusatzweiterbildung (ZF00)
Mikrochirurgische Zusatzausbildung
BG-liche Spezialtherapien
Viszeralchirurgie (AQ13)

B-4.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Kommentar / Ergänzung
Pflegekräfte insgesamt	18,07	
Examierte Pflegekräfte	17,57	
Examierte Pflegekräfte mit Fachweiterbildung	0,00	3 Praxisanleiter/Mentoren

B-4.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Arzthelfer (SP02)
Ergotherapeuten (SP05)
Wundmanager (SP28)

B-5 Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

B-5.1 Allgemeine Angaben der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

Krankenhausname: Diakoniekrankenhaus Friederikenstift gGmbH
Fachabteilung: Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie
Art: Hauptabteilung
Chefarzt: Prof. Dr. med. Helmut Lill
Ansprechpartner: Sekretariat: Christina Andrecht
Hausanschrift: Humboldtstraße 5
30169 Hannover
Telefon: 0511 129-2330
Fax: 0511 129-2405
URL: www.Friederikenstift.de
Email: <mailto:Christina.Andrecht@Friederikenstift.de>

B-5.2 Versorgungsschwerpunkte der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

Die Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie im Friederikenstift Hannover ist ein überregionales Traumazentrum und arbeitet mit allen erforderlichen und im Friederikenstift vorgehaltenen Disziplinen, wie z. B. den Kliniken für Plastische- und Handchirurgie sowie der Neurochirurgie zusammen

Klinische Schwerpunkte sind die Versorgung polytraumatisierter Patienten, die Wirbelsäulenchirurgie (mit HWS, thoracoskopisch/endoskopische Wirbelsäulenchirurgie), die arthroskopische und offene Gelenkchirurgie insbesondere die des Schultergelenkes, die operative Behandlung komplexer Bandverletzungen, die Alterstraumatologie, die rekonstruktive Chirurgie und der endoprothetische Ersatz von Hüft-, Knie-, Schulter-, Ellenbogen- und Sprunggelenk.

In enger Zusammenarbeit mit der Klinik Hand- und Plastische Chirurgie werden in einem überregional bedeutenden septischen Zentrum septische Komplikationen aller Art behandelt.

- Bandrekonstruktionen / Plastiken (VC27)
- Behandlung von Dekubitalgeschwüren (VC29)
- Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen (VC31)
- Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42)
- Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (VC39)
- Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (VC41)
- Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens (VC35)
- Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (VC36)
- Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (VC37)
- Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses (VC33)
- Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38)
- Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40)
- Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax (VC34)
- Gelenkersatzverfahren / Endo-Prothetik (VC28)
- Metall- / Fremdkörperentfernungen (VC26)
- Septische Knochenchirurgie (VC30)

B-5.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

- Berufsberatung / Rehabilitationsberatung (MP08)
- Rückenschule / Haltungsschulung (MP35)
- Wirbelsäulengymnastik (MP49)

B-5.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

- Telefon (SA18)
- Aufenthaltsräume (SA01)
- Balkon / Terrasse (SA12)
- Ein-Bett-Zimmer (SA02)
- Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (SA03)
- Fernsehgerät am Bett / im Zimmer (SA14)
- Internetzugang (SA27)
- Kühlschrank (SA16)
- Rollstuhlgerechte Nasszellen (SA06)
- Rundfunkempfang am Bett (SA17)
- Wertfach / Tresor am Bett / im Zimmer (SA19)
- Zwei-Bett-Zimmer (SA10)
- Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (SA11)

B-5.5 Fallzahlen der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

Vollstationäre Fallzahl: 3426

B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	S52	304	Knochenbruch des Unterarmes
2	S82	267	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
3	S42	254	Knochenbruch im Bereich der Schulter oder des Oberarmes
4	S72	247	Oberschenkelbruch
5	M17	218	Chronischer Kniegelenksverschleiß mit zunehmender Gelenkversteifung (=Arthrose)
6	M75	180	Verletzung oder Krankheit der Schulter (z.B. Sehnenentzündung)
7	M16	165	Chronischer Hüftgelenksverschleiß mit zunehmender Gelenkversteifung (=Arthrose)
8	T84	148	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate
9	S06	140	Verletzungen innerhalb des Schädels (v.a. Gehirnerschütterung)
10	M23	136	Binnenschädigung des Kniegelenkes (v.a. Meniskusschäden)

B-5.7 Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-787	431	Entfernung von Knochenstabilisierungsmaterial
2	5-794	401	Stellungskorrektur eines mehrteiligen Knochenbruches ohne intakte Weichteilbedeckung (=offene Reposition) im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mittels Knochenstabilisierungsmaterial (z.B. Dräh
3	5-812	392	Operation am Gelenkknorpel oder an den sichelförmigen Knorpelscheiben (=Menisken) mittels Gelenkspiegel (=Arthroskop)
4	5-793	349	Stellungskorrektur eines einfachen Knochenbruches ohne intakte Weichteilbedeckung (=offene Reposition) im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
5	5-790	313	Stellungskorrektur eines Knochenbruches ohne freie Verbindung des Bruches zur Körperoberfläche (=geschlossene Reposition) oder einer Lösung der Knochenenden von Röhrenknochen mittels Knochenstabilisie
6	5-814	310	Wiederbefestigung und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes mittels Gelenkspiegel (=Arthroskop)
7	5-811	301	Operation an der Gelenkinnenhaut mittels Gelenkspiegel (=Arthroskop)
8	5-820	260	Einsetzen eines Gelenkersatzes (=Gelenkendoprothese) am Hüftgelenk
9	5-780	229	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch
10	5-822	169	Einsetzen eines Gelenkersatzes (=Gelenkendoprothese) am Kniegelenk

B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bezeichnung der Ambulanz	Privatsprechstunde
Angebotene Leistung	Gesamtes Spektrum der Unfallchirurgie und partiell Orthopädie in Diagnostik und Therapie
Art der Ambulanz	Privatsprechstunde

Bezeichnung der Ambulanz	BG-Sprechstunde
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie sämtlicher Folgen eines Berufsunfalls
Art der Ambulanz	BG-Sprechstunde

Bezeichnung der Ambulanz	Spezielle D-Arzt-Sprechstunde
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie spezieller Folgen und Fragestellungen nach einem Berufsunfall
Art der Ambulanz	D-Arzt-Sprechstunde

Bezeichnung der Ambulanz	Berufsgenossenschaftliche Reha-Sprechstunde
Angebotene Leistung	Management der Rehabilitation nach Berufsunfällen
Art der Ambulanz	Berufsgenossenschaftliche Reha-Sprechstunde

Bezeichnung der Ambulanz	Notfallambulanz
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie gesamtes Spektrum der Unfallchirurgie und partiell Orthopädie
Art der Ambulanz	Institutsambulanz

Bezeichnung der Ambulanz	Knie- und Hüftendoprothetik-Sprechstunde
Angebotene Leistung	Alle Fragestellungen im Zusammenhang mit dem Gelenkersatz der Hüfte und des Kniegelenkes
Art der Ambulanz	Ermächtigungsambulanz

Bezeichnung der Ambulanz	Schulter- und Ellenbogenendoprothetik-Sprechstunde
Angebotene Leistung	Alle Fragestellungen im Zusammenhang mit dem Gelenkersatz der Schulter und des Ellenbogengelenkes Ermächtigungsambulanz
Art der Ambulanz	Ermächtigungsambulanz

Bezeichnung der Ambulanz	Sprechstunde für Schulter-Ellenbogen-Knie- und Sporttraumatologie
Angebotene Leistung	Sämtliche Fragestellungen der konservativen und operativen Therapie der entsprechenden Regionen
Art der Ambulanz	Ermächtigungsambulanz

Bezeichnung der Ambulanz	Osteitis-Sprechstunde
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie akuter und chronischer Weichteil u./o. Knocheninfektionen
Art der Ambulanz	Ermächtigungsambulanz

Bezeichnung der Ambulanz	Wirbelsäulensprechstunde
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie nach Verletzungen der Wirbelsäule
Art der Ambulanz	Ermächtigungsambulanz

B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-812	308	Operation am Gelenkknorpel oder an den sichelförmigen Knorpelscheiben (=Menisken) mittels Gelenkspiegel (=Arthroskop)
2	5-787	153	Entfernung von Knochenstabilisierungsmaterial
3	5-811	64	Operation an der Gelenkinnenhaut mittels Gelenkspiegel (=Arthroskop)
4	5-810	38	Wiederholungsoperation am Gelenk mittels Gelenkspiegel (=Arthroskop)
5	5-814	32	Wiederbefestigung und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes mittels Gelenkspiegel (=Arthroskop)
6	1-697	19	Gelenkspiegelung
7	5-859	6	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln
8	5-795		Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen
9	5-850		Inzision an Muskel, Sehne und Faszie
10	5-790		Stellungskorrektur eines Knochenbruches ohne freie Verbindung des Bruches zur Körperoberfläche (=geschlossene Reposition) oder einer Lösung der Knochenenden von Röhrenknochen mittels Knochenstabilisie

B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Ja

Stationäre BG-Zulassung: Ja

B-5.11 Apparative Ausstattung

Endoskop (AA12)
Cell Saver (im Rahmen einer Bluttransfusion) (AA07)

B-5.12 Personelle Ausstattung

B-5.12.1 Ärzte

	Anzahl
Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	25,70
Davon Fachärzte	15,70
Belegärzte (nach § 121 SGB V)	0,00

Fachexpertise der Abteilung

Allgemeine Chirurgie (AQ06)
Ärztliches Qualitätsmanagement (ZF01)
Notfallmedizin (ZF28)
Orthopädie und Unfallchirurgie (AQ10)
Physikalische Therapie und Balneotherapie (ZF32)
Sonstige Facharztqualifikation (AQ00)
Sonstige Zusatzweiterbildung (ZF00)
Spezielle Unfallchirurgie (ZF43)

B-5.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Kommentar / Ergänzung
Pflegekräfte insgesamt	45,29	
Examierte Pflegekräfte	44,77	
Examierte Pflegekräfte mit Fachweiterbildung	5,00	Leitung 10 Praxisanleiter/Mentoren

B-5.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Ergotherapeuten (SP05)

B-6 Urologie

B-6.1 Allgemeine Angaben der Urologie

Krankenhausname: Diakoniekrankenhaus Friederikenstift gGmbH
Fachabteilung: Urologie
Art: Hauptabteilung
Chefarzt: Priv.-Doz. Dr. med. Stefan Conrad
Ansprechpartner: Sekretariat: Frau Nord
Hausanschrift: Humboldtstraße 5
30169 Hannover
Telefon: 0511 129-2341
Fax: 0511 129-2406
URL: www.Friederikenstift.de
EMail: <mailto:Sekretariat.Uro@Friederikenstift.de>

B-6.2 Versorgungsschwerpunkte der Urologie

- Diagnostik und Therapie der tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten (VU01)
- Diagnostik und Therapie der Urolithiasis (VU03): Endoskopische Steinoperationen, ESWL
- Diagnostik und Therapie sonstiger Krankheiten der Niere und des Ureters (VU04)
- Diagnostik und Therapie sonstiger Krankheiten des Harnsystems (VU05)
- Diagnostik und Therapie sonstiger Krankheiten des Urogenitalsystems (VU07)
- Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane (VU06)
- Kinderurologie (VU08): Hypospadiе-Korrekturen, Operationen am äußeren Genitale
- Minimal-invasive endoskopische Operationen (VU12): Transurethrale Resektionen von Blase und Prostata, starre und flexible Ureteroskopie, perkutane Nierensteinbehandlung
- Neuro-Urologie (VU09): Urodynamik, Botox-Injektionen der Harnblase
- Plastisch rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase (VU10):
- Plastisch-rekonstruktive Harnröhrenchirurgie, Refertilisierungsoperationen
- Tumorchirurgie (VU13): Nerverhaltende radikale Prostatektomie, kontinente Harnableitung mit Darmsegmenten, nierenerhaltende Tumorchirurgie, retroperitoneale Lymphadenektomie

B-6.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Urologie

- Kontinenztraining / Inkontinenzberatung (MP22)
- Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Angehörigen (MP39)

B-6.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Urologie

- Telefon (SA18)
- Aufenthaltsräume (SA01)
- Balkon / Terrasse (SA12)
- Ein-Bett-Zimmer (SA02)
- Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (SA03)
- Faxempfang für Patienten (SA24)
- Fernsehgerät am Bett / im Zimmer (SA14)
- Mutter-Kind-Zimmer (SA05)
- Rundfunkempfang am Bett (SA17)
- Zwei-Bett-Zimmer (SA10)

B-6.5 Fallzahlen der Urologie

Vollstationäre Fallzahl: 1304

B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	N20	258	Nieren- oder Harnleitersteine
2	C67	202	Harnblasenkrebs
3	C61	165	Krebs der Vorsteherdrüse
4	N40	122	Reizabhängige Gewebsvermehrung der Vorsteherdrüse
5	N13	82	Krankheit mit Harnverhalt oder Harnrücklauf in den Harnleiter
6	N39	81	Sonstige Krankheiten des Harnsystems (z.B. Harnwegsinfektion, unfreiwilliger Harnverlust)
7	D30	46	Gutartige Neubildung der Harnorgane
8	C64	32	Nierenkrebs, ausgenommen Nierenbecken
9	N10	21	Akute Entzündung des Nierenbindegewebes/-tubuli
10	N32	21	Sonstige Krankheiten der Harnblase

B-6.6.1 Weitere Kompetenzdiagnosen:

Eine besondere Kompetenz besitzt die Urologische Klinik in der Behandlung der urologischen Tumorerkrankungen, namentlich des Prostatacarcinoms, des Harnblasencarcinoms, des Nierencarcinoms, der malignen Hodentumore sowie des Peniscarcinoms. Für die Behandlung dieser Tumore werden neben allen gängigen operativen Behandlungsformen auch die verschiedenen Modalitäten der Strahlentherapie inkl. der Brachytherapie bereitgehalten. Interdisziplinäre Tumorkonferenzen sorgen für eine optimierte onkologische Behandlung aller Patienten mit onkologisch-urologischen Krankheitsbildern, die gesamte bildgebende Diagnostik ist in ihren modernsten Formen im Hause verfügbar. Darüber hinaus bestehen Kooperationen mit dem Sozialdienst, der Stomatherapie, dem ambulanten Pflegedienst, dem Palliativdienst und dem Uhlhorn-Hospiz in der umfassenden und sektorübergreifenden Behandlung urologischer Tumorpatienten.

Eine weitere wesentliche Kompetenz besteht in der Behandlung urologischer Steinerkrankungen, für die wir nicht nur die aktuell sinnvollsten diagnostischen Maßnahmen, sondern auch alle gängigen therapeutischen Maßnahmen unter einem Dach zusammenfassen können.

Eine weitere Kompetenz besteht in der Durchführung plastisch rekonstruktiver Maßnahmen in der Urologie inkl. plastischer Harnröhren-Rekonstruktionen und allen Formen der Harnableitung.

In der Kinderurologie besteht eine Kernkompetenz in der Durchführung von Hypospadiekorrekturen aller Schwierigkeitsgrade.

B-6.7 Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-573	262	Einschneiden, Entfernen oder Zerstören von (erkranktem) Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre
2	5-562	134	Eröffnung bzw. Durchtrennung des Harnleiters, Harnleitersteinbehandlung mit Zugang über die Niere oder über die Harnröhre durch Spezialendoskop
3	5-601	134	Entfernen oder Zerstören von Gewebe der Vorsteherdrüse mit Zugang durch die Harnröhre
4	8-110	117	Zertrümmerung von Steinen in den Harnorganen mit Stoßwellen von außen
5	5-604	87	Ausgedehnte Entfernung der Vorsteherdrüse und der Samenblase
6	5-585	81	Einschneiden von (erkranktem) Gewebe der Harnröhre mit Zugang durch die Harnröhre
7	1-665	70	Diagnostische Ureterorenoskopie
8	5-550	45	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung und Pyeloplastik
9	5-554	39	Nephrektomie
10	5-570	37	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase

B-6.7.1 Weitere Kompetenzprozeduren:

In der Behandlung des Prostatacarcinoms besteht eine besondere Kompetenz der Urologischen Klinik in der Durchführung der radikalen retropubischen Prostatektomie mit nerverhaltender und somit potenzschonender Operationstechnik, die bei uns in fast 80 % aller Radikaloperationen der Prostata angewendet werden kann. In der operativen Therapie des fortgeschrittenen Harnblasencarcinoms bestehen besondere Kompetenzen in der Anlage von künstlichen kontinenten Blasenreservoirs aus Darm mit Ableitung sowohl über die Harnröhre als auch über ein katheterisierbares kontinentes Stoma. In der Hodentumor-Therapie besteht eine besondere Kompetenz in der Durchführung auch ausgedehnter retroperitonealer Salvage-Lymphadenektomie-Operationen und operativen retroperitonealen Lymphadenektomien mit Erhalt der Nerven für den Samenerguss. Benigne Tumore und Tumore in Einzelhoden werden wo möglich organerhaltend operiert. In der Behandlung des Nierencarcinoms steht die organerhaltende Operationstechnik an erster Stelle und wird bei uns bereits in der Mehrzahl der diagnostizierten Nierentumoren durchgeführt.

In der Steintherapie stehen uns neben den ureterorenoskopischen und den percutanen nephroskopischen Operationsmethoden, in denen wir eine besondere Kompetenz aufweisen, auch eine stationäre ESWL zur Verfügung, die eine Steinbehandlung durch Zertrümmerung an jedem gewünschten Tag möglich macht.

Bei plastisch-rekonstruktiven Operationsverfahren besitzen wir besondere Erfahrungen in der plastischen Rekonstruktion der Harnröhre durch freie Mundschleimhaut-Tranplantate, gestielte Transplantate und End-zu-End-Anastomosen. Ebenfalls haben wir eine besondere Kompetenz in der Durchführung mikrochirurgischer Vasovasostomien und in allen gängigen Techniken der Hypospadiekorrekturen.

B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bezeichnung der Ambulanz	Privatambulanz
Angebote Leistung	gesamtes Spektrum der ambulanten urologischen Diagnostik und Therapie
Art der Ambulanz	Privatsprechstunde

Bezeichnung der Ambulanz	Notfallsprechstunde
Angebote Leistung	Ambulante Urologische Notfallbehandlung
Art der Ambulanz	Institutsambulanz

B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-137	80	Einlegen, Wechsel oder Entfernung einer Harnleiterschleife (=Plastikröhrchen, das mit zwei "Pigtails" (J-Form) in der Blase und dem Nierenbecken gehalten wird)
2	5-640	58	Operationen am Präputium
3	1-661	30	Spiegelung der Harnröhre und der Harnblase
4	5-630	9	Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici
5	5-624	8	Orchidopexie
6	5-611	6	Operation einer Hydrocele testis
7	5-631	6	Exzision im Bereich der Epididymis
8	5-572		Anlegen eines künstlichen Blasenausgangs
9	5-585		Einschneiden von (erkranktem) Gewebe der Harnröhre mit Zugang durch die Harnröhre
10	5-581		Plastische Meatotomie der Urethra

B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein

Stationäre BG-Zulassung: Ja

B-6.11 Apparative Ausstattung

- Uroflow / Blasendruckmessung (AA33)
- Sonographiegerät / Dopplersonographiegerät (AA29)
- Röntgengerät / Durchleuchtungsgerät (z.B. C-Bogen) (AA27) (24h-Notfallverfügbarkeit)
- Lithotripter (ESWL) (AA21)
- Laser (AA20)
- Geräte für Nierenersatzverfahren (Hämofiltration, Dialyse, Peritonealdialyse) (AA14) (24h-Notfallverfügbarkeit)
- Endoskop (AA12)

B-6.12 Personelle Ausstattung

B-6.12.1 Ärzte

	Anzahl
Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	8,80
Davon Fachärzte	6,40
Belegärzte (nach § 121 SGB V)	0,00

Fachexpertise der Abteilung

Urologie (AQ60)

Palliativmedizin (ZF30)

Röntgendiagnostik (ZF38)

Sonstige Zusatzweiterbildung (ZF00): Spezielle Urologische Chirurgie

B-6.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Kommentar / Ergänzung
Pflegekräfte insgesamt	13,17	davon 1,78 Pflegekräfte in der Cystoskopie
Examinierte Pflegekräfte	13,17	
Examinierte Pflegekräfte mit Fachweiterbildung	1,00	Leitung 2 Praxisanleiter/Mentoren

B-6.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Stomatherapeuten (SP27)

B-7 Innere Medizin

B-7.1 Allgemeine Angaben der Innere Medizin

Krankenhausname: Diakoniekrankenhaus Friederikenstift gGmbH
Fachabteilung: Innere Medizin
Art: Hauptabteilung
Chefarzt: Prof. Dr. med. Urs Leonhardt
Ansprechpartner: Sekretariat: Frau Wesemann
Hausanschrift: Humboldtstraße 5
30169 Hannover
Telefon: 0511 129-2304
Fax: 0511 129-2365
URL: www.Friederikenstift.de
EMail: <mailto:Innere.Medizin@Friederikenstift.de>

B-7.2 Versorgungsschwerpunkte der Innere Medizin

- Diagnostik und Therapie der Hypertonie [Hochdruckkrankheit] (VI07)
- Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes (VI02)
- Diagnostik und Therapie sonstiger Formen der Herzkrankheit (VI03)
- Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (Diabetes, Schilddrüse, ..) (VI10)
- Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas (VI14)
- Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs (VI12)
- Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darmtraktes (VI11)
- Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen (VI09)
- Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten (VI01)
- Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (VI04)
- Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen (VI08)
- Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen (VI18)
- Intensivmedizin (VI20)
- Spezialsprechstunde (VI27): Palliativversorgung, Schrittmachersprechstunde, Spezielle Ernährungsberatung, Schulung zur INR-Selbstkontrolle bei Marcumareinnahme

B-7.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Innere Medizin

- Angehörigenbetreuung / -beratung / -seminare (MP03)
- Kunsttherapie (MP23)
- Präventive Leistungsangebote / Präventionskurse (MP33)
- Psychologisches / psychotherapeutisches Leistungsangebot / Psychosozialdienst (MP34)
- Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Angehörigen (MP39)
- Versorgung mit Hilfsmitteln / Orthopädietechnik (MP47)

B-7.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Innere Medizin

- Aufenthaltsräume (SA01)
- Balkon / Terrasse (SA12)
- Ein-Bett-Zimmer (SA02)
- Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (SA03)
- Fernsehgerät am Bett / im Zimmer (SA14)
- Kühlschrank (SA16)
- Rollstuhlgerechte Nasszellen (SA06)
- Rundfunkempfang am Bett (SA17)
- Sonstiges (SA00)
- Enge tägliche Kooperation mit Onkologischer Schwerpunktpraxis Dr. Zander/Dr Mao
- Teeküche für Patienten (SA08)
- Telefon (SA18)
- Unterbringung Begleitperson (SA09)
- Wertfach / Tresor am Bett / im Zimmer (SA19)
- Zwei-Bett-Zimmer (SA10)
- Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (SA11)

B-7.5 Fallzahlen der Innere Medizin

Vollstationäre Fallzahl: 4023

B-7.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I50	202	Herzschwäche (=Herzinsuffizienz)
2	C16	181	Magenkrebs
3	J18	177	Lungenentzündung durch unbekanntem Erreger
4	K52	149	Sonstige Magen-Darm Entzündungen ohne infektiöse Ursache
5	R07	138	Hals- oder Brustschmerzen
6	R10	108	Bauch- oder Beckenschmerzen
7	C34	97	Lungenkrebs
8	K29	97	Magen- oder Zwölffingerdarmentzündung
9	R55	95	Anfallsartige, kurz dauernde Bewusstlosigkeit (=Ohnmacht) und Zusammensinken
10	I10	88	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache

B-7.7 Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-542	354	Nicht komplexe Chemotherapie
2	8-800	301	Transfusion von Vollblut, Konzentraten roter Blutkörperchen oder Konzentraten von Blutgerinnungsplättchen
3	8-980	224	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
4	5-513	200	Operationen an den Gallengängen mit einem röhrenförmigen bildgebenden optischen Instrument mit Lichtquelle (=Endoskop), eingeführt über den oberen Verdauungstrakt
5	8-831	193	Legen, Wechsel oder Entfernung eines Katheters in Venen, die direkt zum Herzen führen
6	5-452	188	Entfernen oder Zerstören von erkranktem Gewebe des Dickdarmes
7	8-930	177	Kontinuierliche elektronische Überwachung (über Bildschirm) von Atmung, Herz und Kreislauf
8	3-207	124	Computertomographie des Bauchraums ohne Kontrastmittel
9	8-012	100	Applikation von Medikamenten gemäß Liste 1 des Prozedurenkatalogs
10	8-931	99	Kontinuierliche elektronische Überwachung (über Bildschirm) von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes

B-7.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bezeichnung der Ambulanz	Schrittmachersprechstunde
Angebote Leistung	Kontrolle der Schrittmacherfunktion, Programmierung der Schrittmacher
Art der Ambulanz	Ermächtigungsambulanz

B-7.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-650	383	Dickdarmspiegelung
2	5-452	206	Entfernen oder Zerstören von erkranktem Gewebe des Dickdarmes
3	1-444	84	Entnahme einer Gewebeprobe des unteren Verdauungstraktes (z.B. des Dickdarmes) bei einer Spiegelung
4	1-642	14	Spiegelung der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüsengänge entgegen der normalen Flussrichtung
5	5-513	11	Operationen an den Gallengängen mit einem röhrenförmigen bildgebenden optischen Instrument mit Lichtquelle (=Endoskop), eingeführt über den oberen Verdauungstrakt
6	5-431		Operatives Anlegen einer äußeren Magenfistel (=Gastrostoma) zur künstlichen Ernährung unter Umgehung der Speiseröhre
7	5-751		Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]

B-7.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein

Stationäre BG-Zulassung: Ja

B-7.11 Apparative Ausstattung

- Sonstige (AA00)
- Doppelballon-Enteroskopie
- Spirometrie / Lungenfunktionsprüfung (AA31)
- Sonographiegerät / Dopplersonographiegerät (AA29)
- Röntgengerät / Durchleuchtungsgerät (z.B. C-Bogen) (AA27) (24h-Notfallverfügbarkeit)
- Lithotripter (ESWL) (AA21)
- Kipptisch (z.B. zur Diagnose des orthostatischen Syndroms) (AA19)
- Geräte für Nierenersatzverfahren (Hämodilution, Dialyse, Peritonealdialyse) (AA14) (24h-Notfallverfügbarkeit)
- Geräte der invasiven Kardiologie (z.B. Herzkatheterlabor, Ablationsgenerator, Kardioversionsgerät, Herzschrittmacherlabor) (AA13) (24h-Notfallverfügbarkeit)
- Endoskop (AA12)
- Computertomograph (CT) (AA08) (24h-Notfallverfügbarkeit)
- Brachytherapiegerät (AA06)
- Bodyplethysmographie (AA05)
- Belastungs-EKG / Ergometrie (AA03)
- Angiographiegerät (AA01)

B-7.12 Personelle Ausstattung

B-7.12.1 Ärzte

	Anzahl
Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	21,40
Davon Fachärzte	6,00
Belegärzte (nach § 121 SGB V)	0,00

Fachexpertise der Abteilung

Anästhesiologie (AQ01)
Innere Medizin und SP Endokrinologie und Diabetologie (AQ25)
Innere Medizin und SP Gastroenterologie (AQ26)
Innere Medizin und SP Hämatologie und Onkologie (AQ27)
Innere Medizin und SP Kardiologie (AQ28)
Diabetologie (ZF07)
Intensivmedizin (ZF15)
Labordiagnostik (ZF22)
Medikamentöse Tumortherapie (ZF25)
Notfallmedizin (ZF28)
Palliativmedizin (ZF30)
Physikalische Therapie und Balneotherapie (ZF32)
Proktologie (ZF34)
Röntgendiagnostik (ZF38)

B-7.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Kommentar / Ergänzung
Pflegekräfte insgesamt	65,97	davon: - 16,93 auf der Intensivstation - 1 in der Sonographie - 1,65 im EKG
Examinierte Pflegekräfte	59,49	davon: - 16,02 auf der Intensivstation - 1 in der Sonographie - 0,65 im EKG
Examinierte Pflegekräfte mit Fachweiterbildung	13,00	3 Leitung 11 Intensiv- /Anaesthesiepflege 5 Palliativpflege 22 Praxisanleiter/Mentoren

B-7.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Sonstige (SP00): Fachweiterbildung Palliativ-Care
Arzthelfer (SP02)

B-8 Neurologie

B-8.1 Allgemeine Angaben der Neurologie

Krankenhausname: Diakoniekrankenhaus Friederikenstift gGmbH
Fachabteilung: Neurologie
Art: Hauptabteilung
Chefarzt: Prof. Dr. med. Eckhart Sindern
Ansprechpartner: Sekretariat Frau Hahne
Hausanschrift: Humboldtstraße 5
30169 Hannover
Telefon: 0511 129-2321
Fax: 0511 129-2404
URL: www.Friederikenstift.de
EMail: <mailto:eckhart.sindern@Friederikenstift.de>

B-8.2 Versorgungsschwerpunkte der Neurologie

- Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen (VN01):
 - Schlaganfall, Hirnblutung
- Diagnostik und Therapie von Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus (VN14): Wirbelsäulenerkrankungen, Schmerztherapie
- Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden (VN05)
- Diagnostik und Therapie neuroimmunologischer Erkrankungen (VN04): Multiple Sklerose
- Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen (VN11): M. Parkinson, Parkinsonsyndrome
- Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems (VN12):
 - Demenzerkrankungen
- Spezialsprechstunde (VN20): Berufsgenossenschaftliches Heilverfahren, Gutachten

B-8.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Neurologie

- Stimm- und Sprachtherapie / Logopädie (MP44)
- Rückenschule / Haltungsschulung (MP35)
- Kontinenztraining / Inkontinenzberatung (MP22)
- Bobath-Therapie (MP12)
- Berufsberatung / Rehabilitationsberatung (MP08)
- Basale Stimulation (MP06)
- Angehörigenbetreuung / -beratung / -seminare (MP03)

B-8.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Neurologie

- Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (SA11)
- Zwei-Bett-Zimmer (SA10)
- Rollstuhlgerechte Nasszellen (SA06)
- Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (SA03)
- Ein-Bett-Zimmer (SA02)
- Aufenthaltsräume (SA01)
- Telefon (SA18)

B-8.5 Fallzahlen der Neurologie

Vollstationäre Fallzahl: 1734

B-8.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I63	261	Hirnfarkt
2	M51	123	Sonstige Bandscheibenschäden (v.a. im Lendenwirbelsäulenbereich)
3	G40	121	Anfallsleiden (=Epilepsie)
4	G35	119	Multiple Sklerose (=Entmarkungskrankheit des zentralen Nervensystems)
5	M54	114	Rückenschmerzen
6	G45	90	Kurzzeitige Hirndurchblutungsstörung mit neurologischen Funktionsstörungen oder verwandte Syndrome
7	H81	71	Funktionsstörungen der Gleichgewichtsnerven (meist in Form von Gleichgewichtsstörungen)
8	R51	39	Kopfschmerz
9	G20	34	Primäres Parkinson-Syndrom
10	G62	26	Sonstige Erkrankung mehrerer peripherer Nerven (=Polyneuropathien)

B-8.7 Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-207	1147	Aufzeichnung der Gehirnströme (EEG)
2	1-204	612	Untersuchung des Hirnwasserräume (=Liquorsystem)
3	1-206	449	Untersuchung der Nervenleitung
4	1-208	376	Testung der Nervenfunktion durch verschiedene Reize
5	8-981	296	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
6	1-205	283	Registrierung der bioelektrischen Aktivität der Muskulatur
7	8-914	155	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln oder wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie
8	8-917	37	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie
9	5-032	32	Operatives Freilegen eines Zugangs zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuzbein oder zum Steißbein
10	8-836	28	Eingriffe an Blutgefäßen mittels Kathetertechnik mit Zugang durch die Haut und entlang von Blutgefäßen (z.B. Entfernung von Blutpfropfen, Einlegen von Prothesen/Stents, Ballonaufdehnung)

B-8.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulant wird in der Neurologie eine Privatsprechstunde durchgeführt sowie die Behandlung von Patienten der Berufsgenossenschaften. Gutachten werden erstellt.

B-8.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V: entfällt

B-8.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein

Stationäre BG-Zulassung: Ja

B-8.11 Apparative Ausstattung

- Elektromyographie (EMG) / Gerät zur Bestimmung der Nervenleitgeschwindigkeit (AA11)
- Elektroenzephalographiegerät (EEG) (AA10)
- Sonstige (AA00): Extra- und transcranielle Doppler-Duplex-Sonographie, Magnetstimulation

B-8.12 Personelle Ausstattung

B-8.12.1 Ärzte

	Anzahl
Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	11,00
Davon Fachärzte	5,00
Belegärzte (nach § 121 SGB V)	0,00

Fachexpertise der Abteilung

Neurologie (AQ42)

Sonstige Zusatzweiterbildung (ZF00): Spezielle neurologische Intensivmedizin, Physikalische Therapie, Laboruntersuchungen in der Neurologie, Neurogeriatrie, zertifizierter Gutachter in der Neurologie

B-8.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Kommentar / Ergänzung
Pflegekräfte insgesamt	23,42	
Examierte Pflegekräfte	21,31	
Examierte Pflegekräfte mit Fachweiterbildung	1,00	Leitung 7 Praxisanleiter/Mentoren

B-8.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Logopäden (SP14)

Ergotherapeuten (SP05)

B-9 Neurochirurgie

B-9.1 Allgemeine Angaben der Neurochirurgie

Die Belegabteilung wird kollegial geleitet durch:

- Dr. med. Helmut Baumann
- Dr. med. Michael Berger
- Dr. med. Wolfram Cramer
- Prof. Dr. med. Götz Penkert
- Dr. med. Bettina Schrader
- Dr. med. Mathias Winkelmüller

Krankenhausname: Diakoniekrankenhaus Friederikenstift gGmbH

Fachabteilung: Neurochirurgie

Art: Belegabteilung

Chefarzt: Dr. med. Helmut Baumann (Ansprechpartner bei kollegialer Leitung)

Ansprechpartner: Sekretariat: Nina Wrehde

Hausanschrift: Humboldtstraße 5
30169 Hannover

Telefon: 0511 129-2533

Fax: 0511 129-2410

URL: www.Friederikenstift.de

E-Mail: <mailto:hannover@praxis-neurochirurgie.de>

B-9.2 Versorgungsschwerpunkte der Neurochirurgie

- Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen (z.B. Trigeminusneuralgie, Tumorschmerzen, chronischer Wirbelsäulenschmerzen) (VC51)
- Chirurgie der Bewegungsstörungen (VC49)
- Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule (VC45)
- Chirurgie der Hirntumoren (gutartig, bösartig, einschl. Schädelbasis) (VC43)
- Chirurgie der intraspinalen Tumoren (VC48)
- Chirurgie der peripheren Nerven (VC50)
- Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen (VC53)
- Diagnosesicherung unklarer Hirnprozesse mittels Stereotaktischer Biopsie (VC54)

B-9.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Neurochirurgie: s. unter A-9

B-9.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Neurochirurgie

- Telefon (SA18)
- Aufenthaltsräume (SA01)
- Balkon / Terrasse (SA12)
- Ein-Bett-Zimmer (SA02)
- Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (SA03)
- Fernsehgerät am Bett / im Zimmer (SA14)
- Kühlschrank (SA16)
- Rollstuhlgerechte Nasszellen (SA06)
- Rundfunkempfang am Bett (SA17)
- Unterbringung Begleitperson (SA09)
- Wertfach / Tresor am Bett / im Zimmer (SA19)
- Zwei-Bett-Zimmer (SA10)
- Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (SA11)

B-9.5 Fallzahlen der Neurochirurgie

Vollstationäre Fallzahl: 1461

B-9.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	M51	460	Sonstige Bandscheibenschäden (v.a. im Lendenwirbelsäulenbereich)
2	M48	286	Sonstige Wirbelsäulenverschleißkrankheiten (v.a. Verengung des Wirbelkanals im Nacken- oder Lendenwirbelbereich)
3	M43	137	Sonstige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
4	G50	79	Krankheiten des N. trigeminus [V. Hirnnerv]
5	M50	68	Bandscheibenschäden im Halswirbelbereich
6	M54	59	Rückenschmerzen
7	M47	37	Spondylose
8	G56	29	Nervenschädigung eines Nervens der oberen Gliedmaße (außer bei akuter Verletzung)
9	R52	23	Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert
10	M96	20	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert

B-9.7 Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-831	731	Entfernen von erkranktem Bandscheibengewebe
2	5-832	402	Entfernen von erkranktem Knochen- oder Gelenkgewebe der Wirbelsäule
3	3-200	173	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
4	3-203	101	Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel
5	5-834	88	Offene Reposition der Wirbelsäule mit Osteosynthese
6	5-038	75	Operationen am spinalen Liquorsystem
7	5-017	74	Inzision, Resektion und Destruktion an intrakraniellen Anteilen von Hirnnerven und Ganglien
8	5-039	69	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen
9	5-010	60	Operative Schädelöffnung über das Schädeldach
10	5-035	54	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rückenmarkes und der Rückenmarkshäute

B-9.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bezeichnung der Ambulanz	Gemeinschaftspraxis für Neurochirurgie, Calenberger Esplanade 1, 30169 Hannover
Angebotene Leistung	Gesamtes Spektrum der Neurochirurgie (siehe auch Darstellung der Klinikschwerpunkte)
Art der Ambulanz	Gemeinschaftspraxis mit KV-Zulassung

B-9.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Ambulante Operationen werden in der der Praxis angegliederten Tagesklinik angeboten, z.B. periphere Nerven Chirurgie, schmerztherapeutische Eingriffe, Bandscheibenoperationen.

B-9.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein

Stationäre BG-Zulassung: Ja

B-9.11 Apparative Ausstattung

- Laser (AA20)
- Sonstige (AA00)
- ICP-Messgerät (Hirndruckmessung) (AA00)
- OP-Navigationsgerät (AA24)

B-9.12 Personelle Ausstattung

B-9.12.1 Ärzte

	Anzahl
Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	4,00
Davon Fachärzte	0,00
Belegärzte (nach § 121 SGB V)	6,00

Fachexpertise der Abteilung

- Neurochirurgie (AQ41)
- Intensivmedizin (ZF15)
- Spezielle Schmerztherapie (ZF42)

B-9.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Kommentar / Ergänzung
Pflegekräfte insgesamt	16,33	
Examierte Pflegekräfte	16,33	
Examierte Pflegekräfte mit Fachweiterbildung	1,00	Leitung 4 Praxisanleiter/Mentoren

B-9.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

- Arzthelfer (SP02)

B-10 Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-10.1 Allgemeine Angaben der Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

Krankenhausname: Diakoniekrankenhaus Friederikenstift gGmbH
Fachabteilung: Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
Art: Belegabteilung
Chefarzt: Dr. med. Christoph Lamm / Dr. med. Albrecht Hofmann
Ansprechpartner: Sekretariat: Michaela Lamm
Hausanschrift: Lavesstr. 3a
30159 Hannover
Telefon: 0511 325030
Fax: 0511 309181
URL: www.friederikenstift.de
EMail: <mailto:dres.lamm-hofmann@t-online.de>

B-10.2 Versorgungsschwerpunkte der Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

- Diagnostik und Therapie der Krankheiten der Mundhöhle (VH14)
- Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen (VH15)
- Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen (VH10)
- Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea (VH17)
- Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes (VH16)
- Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege (VH08)
- Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres (VH01)
- Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres (VH03)
- Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes (VH02)
- Interdisziplinäre Tumornachsorge (VH20)
- Mittelohrchirurgie (Hörverbesserung, Implantierbare Hörgeräte) (VH04)
- Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres (VH06)
- Plastisch-rekonstruktive Chirurgie (VH13)
- Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren (VH22)
- Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich (VH21)
- Schwindeldiagnostik und -therapie (VH07)
- Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege (VH09)
- Spezialsprechstunde (VH23)
- Transnasaler Verschluss von Liquorfisteln (VH11)

B-10.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

siehe Angaben unter A-9

B-10.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

- Telefon (SA18)
- Fernsehgerät am Bett / im Zimmer (SA14)
- Rundfunkempfang am Bett (SA17)

B-10.5 Fallzahlen der Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

Vollstationäre Fallzahl: 279

B-10.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	J32	135	Chronische Entzündung der Stirn- oder Nasennebenhöhlen
2	J34	68	Sonstige Krankheiten der Nase oder der Nasennebenhöhlen
3	J36	25	Abgekapselte Eiteransammlung im Bereich der Mandeln
4	J35	19	Chronische Krankheiten der Gaumen- oder Rachenmandeln
5	H91	6	Sonstiger Hörverlust (z.B. Altersschwerhörigkeit, akuter Hörverlust)
6	R04	6	Blutung aus den Atemwegen (v.a. Nasenbluten)
7	H81		Funktionsstörungen der Gleichgewichtsnerven (meist in Form von Gleichgewichtsstörungen)
8	M95		Sonstige erworbene Abweichung des Muskel-Skelett-Systems oder des Bindegewebes vom üblichen Erscheinungsbild
9	J38		Krankheiten der Stimmlippen oder des Kehlkopfes (z.B. Polypen, Schwellungen, Pseudokrapp)
10	S02		Knochenbruch des Schädels oder der Gesichtsschädelknochen

B-10.7 Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-215	211	Operationen an der unteren Nasenmuschel (=Concha nasalis)
2	5-214	156	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums
3	5-224	138	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen
4	5-281	58	Operative Mandelentfernung ohne Entfernung von Wucherungen der Rachenmandel (=Polypen)
5	5-271	23	Inzision des harten und weichen Gaumens
6	5-285	15	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)
7	5-200	14	Einschneiden des Trommelfells zur Eröffnung der Paukenhöhle (z.B. bei eitriger Mittelohrentzündung, Paukenerguss)
8	8-020	10	Therapeutische Einspritzung (=Injektion) in Organe und Gewebe
9	3-200	9	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
10	5-272	8	Exzision und Destruktion des (erkrankten) harten und weichen Gaumens

B-10.7.1 Weitere Kompetenzprozeduren: entfällt

B-10.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bezeichnung der Ambulanz	HNO-Sprechstunde
Angebotene Leistung	allgemeine Erkrankungen im HNO-Bereich
Art der Ambulanz	KV-Praxis

Bezeichnung der Ambulanz	Tinnitus-Sprechstunde, Hörstörungen und Schwindel
Angebotene Leistung	Psychosomatische Therapie in Kooperation mit Frau Dr. Lippert (FÄ für Psychotherapie und Psychosomatik)
Art der Ambulanz	Praxis

Bezeichnung der Ambulanz	Plastische Sprechstunde
Angebotene Leistung	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie, plastisch-kosmetische Chirurgie in Kooperation mit Herrn Dr. Allert (CA der Abteilung für Plast. Chirurgie des Kreiskrankenhauses Hameln)
Art der Ambulanz	Praxis

B-10.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Ambulante Operationen werden im ambulanten Operationszentrum in der Calenberger-Esplanade (Dr. Thormann) und in der Theaterstrasse (Dr. Wassmann) durchgeführt.

B-10.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein

Stationäre BG-Zulassung: Ja

B-10.11 Apparative Ausstattung

- Endoskop (AA12)
- Sonstige (AA00): Radiofrequenz-Therapie, Digitale Verknüpfung sämtlicher Audiologischer, Vestibulärer, Endoskopischer und sonographischer (A-Scan) Befunde. Vollständiges Instrumentarium incl. Optiken und Shaver zur Durchführung der Funktionell-endoskopisch gesteuerten Pansinus-Operation.
- Audiometrie-Labor (AA02)
- Druckkammer für hyperbare Sauerstofftherapie (AA09)
- Sonographiegerät / Dopplersonographiegerät (AA29)

B-10.12 Personelle Ausstattung

B-10.12.1 Ärzte

	Anzahl
Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	2,00
Davon Fachärzte	2,00
Belegärzte (nach § 121 SGB V)	1,00

Fachexpertise der Abteilung

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (AQ18)

Sprach-, Stimm und kindliche Hörstörungen (AQ19)

Allergologie (ZF03)

B-10.12.2 Pflegepersonal

Die Personalangaben sind anteilig rechnerisch ermittelt, da die Patienten auf interdisziplinären Stationen betreut werden.

	Anzahl	Kommentar / Ergänzung
Pflegekräfte insgesamt	2,73	
Examierte Pflegekräfte	2,73	
Examierte Pflegekräfte mit Fachweiterbildung	0,00	1 Praxisanleiter/Mentor

B-10.12.3 Spezielles therapeutisches Personal: entfällt

B-11 Strahlenheilkunde

B-11.1 Allgemeine Angaben der Strahlenheilkunde

Krankenhausname: Diakoniekrankenhaus Friederikenstift gGmbH
Fachabteilung: Strahlenheilkunde
Art: Belegabteilung
Chefarzt: Dr. med. Marga Blach
Ansprechpartner: Sekretariat: Nicole Nebel
Hausanschrift: Humboldtstraße 5
30169 Hannover
Telefon: 0511 129-2328
Fax: 0511 121-9326
URL: www.Friederikenstift.de
EMail: <mailto:Marstall.Therapie@t-online.de>

B-11.2 Versorgungsschwerpunkte der Strahlenheilkunde

- Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie (VR37)
- Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie (VR36)
- Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden (VR33)
- Hochvoltstrahlentherapie (VR32)
- Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie (VR35)

Strahlenbehandlung von Lymphomen und anderen Systemerkrankungen, gynäkologischen Tumoren sowie von Tumoren der Lunge und des Mediastinums, von anderen bösartigen Tumoren und gutartigen Erkrankungen
Schwerpunkte sind die kombinierte Tele- und Brachytherapie und die kombinierte Radio-Chemotherapie. Es besteht eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit im Hause. Radioonkologische Beratung von Kollegen auch in anderen Kliniken oder Praxen erfolgt ebenso wie Nachsorgeuntersuchungen.

B-11.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Strahlenheilkunde

siehe Angaben unter A-9

B-11.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Strahlenheilkunde

- Telefon (SA18)
- Aufenthaltsräume (SA01)
- Ein-Bett-Zimmer (SA02)
- Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (SA03)
- Elektrisch verstellbare Betten (SA13)
- Fernsehgerät am Bett / im Zimmer (SA14)
- Rollstuhlgerechte Nasszellen (SA06)
- Rundfunkempfang am Bett (SA17)
- Wertfach / Tresor am Bett / im Zimmer (SA19)
- Zwei-Bett-Zimmer (SA10)
- Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (SA11)

B-11.5 Fallzahlen der Strahlenheilkunde

Vollstationäre Fallzahl: 118

B-11.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C79	28	Krebs-Absiedelungen (=Metastasen) an sonstigen Körperregionen (nicht Atmungs- oder Verdauungsorgane)
2	C34	13	Lungenkrebs
3	C15	10	Speiseröhrenkrebs
4	C50	8	Brustkrebs
5	C90	6	Krebs der blutbildenden Knochenmarkzellen
6	C16		Magenkrebs
7	C20		Mastdarmkrebs
8	C80		Krebs ohne Angabe der Lokalisation
9	J18		Lungenentzündung durch unbekanntem Erreger
10	C51		Bösartige Neubildung der Vulva

B-11.7 Prozeduren nach OPS

In der Darstellung der TOP OPS sind alle stationären Strahlentherapieleistungen des gesamten Friederikenstifts dargestellt.

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-522	1273	Hochenergetische Strahlentherapie mittels Telekobaltgeräten, Linearbeschleunigern
2	8-529	120	Bestrahlungsplanung für externe Bestrahlung oder für Kurzdistanzbestrahlung
3	8-528	118	Strahlentechnische Voruntersuchung (=Simulation) vor externer Bestrahlung oder vor Kurzdistanzbestrahlung
4	8-527	60	Erstellen oder Anpassen von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie (z.B. Vakuumkissen, Abschirmungsvorkehrungen wie Bleiblöcke)
5	8-525	30	Sonstige Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden
6	3-203	21	Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel
7	8-542	20	Nicht komplexe Chemotherapie
8	3-200	15	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
9	5-399	15	Sonstige Operationen an Blutgefäßen (z.B. Einführung eines Katheters in ein Blutgefäß; Implantation von venösen Katheterverweilsystemen zur Chemotherapie/Schmerztherapie)
10	8-543	15	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie

B-11.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bezeichnung der Ambulanz	Strahlentherapie im Friederikenstift
Angebotene Leistung	Beratung, Untersuchung und Bestrahlung Strahlentherapeutische Nachschau
Art der Ambulanz	Ermächtigungsambulanz

B-11.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Strahlentherapeutische Leistungen werden in der Praxis ambulant angeboten.

B-11.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein

Stationäre BG-Zulassung: Ja

B-11.11 Apparative Ausstattung

- Computertomograph (CT) (AA08) (24h-Notfallverfügbarkeit)
- Geräte zur Strahlentherapie (AA16)

B-11.12 Personelle Ausstattung

B-11.12.1 Ärzte

	Anzahl
Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	4,00
Davon Fachärzte	3,00
Belegärzte (nach § 121 SGB V)	1,00

Fachexpertise der Abteilung

Nuklearmedizin (AQ44)

Strahlentherapie (AQ58)

B-11.12.2 Pflegepersonal

Die Personalangaben sind anteilig rechnerisch ermittelt, da die Patienten auf interdisziplinären Stationen betreut werden.

	Anzahl
Pflegekräfte insgesamt	1,74
Examierte Pflegekräfte	1,74
Examierte Pflegekräfte mit Fachweiterbildung	0,00

B-11.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Sonstige (SP00): 6 MTRA

B-12 Anästhesie- und Intensivmedizin

B-12.1 Allgemeine Angaben der Anästhesie- und Intensivmedizin

Krankenhausname: Diakoniekrankenhaus Friederikenstift gGmbH
Fachabteilung: Anästhesie- und Intensivmedizin
Art: nicht Betten führend
Chefarzt: Dr. med. Friedrich Kümmel
Ansprechpartner: Sekretariat Frau Herold
Hausanschrift: Humboldtstraße 5
30169 Hannover
Postfach: 2040
30020 Hannover
Telefon: 0511 129-2307
Fax: 0511 129-2402
URL: www.Friederikenstift.de
EMail: <mailto:sekretariat.anaest@Friederikenstift.de>

B-12.2 Versorgungsschwerpunkte der Anästhesie- und Intensivmedizin

- Versorgungsschwerpunkt in sonstigem medizinischen Bereich (VS00)
- In der zentralen Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin werden folgende Leistungen erbracht:
 - Vollnarkosen
 - Regionalanästhesien
 - Schmerzkatheter
 - Nachbetreuung der operativen Patienten im Aufwachraum
 - Postoperative Schmerztherapie
 - Versorgung von Notfallpatienten im Schockraum
 - Versorgung der Patienten auf der operativen Intensivstation
 - Bereitstellung eines Reanimationsteams zur Versorgung hausinterner Notfälle

B-12.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Anästhesie- und Intensivmedizin

Angehörigenbetreuung / -beratung / -seminare (MP03)
Kinästhetik (MP21)
Versorgung mit Hilfsmitteln / Orthopädietechnik (MP47)

B-12.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Anästhesie- und Intensivmedizin: entfällt

B-12.5 Fallzahlen der Anästhesie- und Intensivmedizin

Vollstationäre Fallzahl: 977 (stationäre Patienten auf der operativen Intensivstation)

Anästhesieleistungen gesamt 13013, davon

- Vollnarkosen 9799
- Regionalanästhesien 2219
- Schmerzkatheter 244

B-12.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Die zentrale Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin lässt sich über Hauptdiagnosen nicht abbilden, da sie keine Bettenführende Abteilung ist.

Das Spektrum der Anästhesieleistungen spiegelt sich wieder in den Hauptdiagnosen der operativen Kliniken des Hauses und umfasst folgende Fachbereiche:

- Unfallchirurgie inklusive Polytraumaversorgung
- Allgemein- und Gefäßchirurgie
- Neurochirurgie
- Gynäkologie und Geburtshilfe
- Urologie
- Hand-und Plastische Chirurgie
- HNO
- Auf der operativen Intensivstation werden Patienten aller operativen Fächer betreut. Die Schwerpunkte liegen in der Behandlung von Patienten mit:
- Polytrauma
- Schädelhirntrauma
- Sepsis
- akutem Nierenversagen
- Versorgung nach großen chirurgischen Eingriffen

B-12.7 Prozeduren nach OPS

Die Anästhesieleistungen im OP und auch die postoperative Schmerztherapie sind zum größten Teil in den Hauptprozeduren der operativen Fächer enthalten und gelten im DRG-System nicht als eigenständige Prozedur. Das Spektrum der Anästhesie lässt sich also nur über die Hauptprozeduren der chirurgischen Fächer erfassen.

Auch auf der Intensivstation lassen sich viele Prozeduren nicht über das DRG-System darstellen, es werden aber alle gängigen Verfahren angewandt, wie invasive und nichtinvasive Beatmung, hämodynamisches Monitoring, Bronchoskopie, dilatative Punktionstracheotomie, Hämodiafiltration, Lagerungstherapie auch in Spezialbetten.

B-12.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

s. unter B-12.9

B-12.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Die Anästhesieabteilung betreut alle Patienten die ambulant operiert werden im OP und postoperativ im Aufwachraum.

B-12.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein

Stationäre BG-Zulassung: Ja

B-12.11 Apparative Ausstattung

- Geräte für Nierenersatzverfahren (Hämodiafiltration, Dialyse, Peritonealdialyse) (AA14) (24h-Notfallverfügbarkeit)

- Endoskop (AA12)
- Cell Saver (im Rahmen einer Bluttransfusion) (AA07)

B-12.12 Personelle Ausstattung

B-12.12.1 Ärzte

	Anzahl
Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	29,40
Davon Fachärzte	13,80
Belegärzte (nach § 121 SGB V)	0,00

Fachexpertise der Abteilung

Anästhesiologie (AQ01)
 Intensivmedizin (ZF15)
 Notfallmedizin (ZF28)

B-12.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Kommentar / Ergänzung
Pflegekräfte insgesamt	42,73	Gesamtanzahl des Pflegepersonals im OP und auf der Operativen Intensivstation
Examierte Pflegekräfte	41,71	
Examierte Pflegekräfte mit Fachweiterbildung	21,00	davon: -1 Diplom-Pflegewirt -3 Leitung - 21 Intensiv- und Anaesthesiepflege 7 Praxisanleiter/Mentoren

B-12.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

s. unter B-12.12.2

B-13 Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie

B-13.1 Allgemeine Angaben der Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie

Krankenhausname: Diakoniekrankenhaus Friederikenstift gGmbH
Fachabteilung: Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie
Art: nicht Betten führend
Chefarzt: Prof. Dr. med Philippe Hendrickx
Ansprechpartner: Sekretariat: Frau Giesecke
Hausanschrift: Humboldtstraße 5
30169 Hannover
Postfach: 2040
30020 Hannover
Telefon: 0511 129-2761
Fax: 0511 129-2408
URL: www.Friederikenstift.de
E-Mail: <mailto:Sekretariat.Roe@Friederikenstift.de>

B-13.2 Versorgungsschwerpunkte der Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie

- Arteriographie (VR15)
- Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung (VR26)
- Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel (VR11)
- Computertomographie (CT), nativ (VR10)
- Computertomographie (CT), Spezialverfahren (VR12)
- Fluoroskopie [Durchleuchtung] als selbständige Leistung (VR08)
- Intraoperative Anwendung der Verfahren (VR28)
- Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel (VR23)
- Magnetresonanztomographie (MRT), nativ (VR22)
- Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren (VR24)
- Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren (VR18)
- Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren (VR09)
- Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (VR07)
- Quantitative Bestimmung von Parametern (VR29)
- Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT) (VR19)

B-13.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie

Entfällt, in dieser Fachabteilung werden keine medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote erbracht.

B-13.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie

Entfällt, Serviceangebote werden nicht erbracht.

B-13.5 Fallzahlen der Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie

Entfällt, eine Fallzahl kann nicht angegeben werden, da der Klinik keine eigenen Betten zur Verfügung stehen.

B-13.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Entfällt, dieser Fachabteilung werden keine Diagnosen zugeordnet, diese werden nur Bettenführenden Abteilungen zugeordnet.

B-13.7 Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-05d	814	Ultraschalldiagnostik der weiblichen Geschlechtsorgane mit Zugang über die Scheide
2	3-225	600	Computertomographie des Bauchraums mit Kontrastmittel
3	3-226	579	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel
4	3-802	529	Kernspintomographie von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel
5	3-820	497	Kernspintomographie des Schädels mit Kontrastmittel
6	3-222	390	Computertomographie des Brustkorbs mit Kontrastmittel
7	3-05c	289	Endosonographie der männlichen Geschlechtsorgane
8	3-800	206	Kernspintomographie des Schädels ohne Kontrastmittel
9	3-607	184	Röntgenkontrastdarstellung von Arterien und deren Ästen der Beine
10	3-705	180	Bildgebendes Verfahren mittels radioaktiver Strahlung (=Szintigraphie) des Muskel-Skelettsystems

Insgesamt wurden ambulant und stationär folgende CT-gesteuerte Interventionen durchgeführt:

- 158 CT-gesteuerte Biopsien
- 3612 CT-gesteuerte Schmerztherapien
- 155 CT-gesteuerte Infiltrationen des sympathischen Nervensystems
- 14 CT-gesteuerte Abzeßdrainagen

Weiterhin wurden folgende Leistungen erbracht:

- 15005 Röntgenuntersuchungen des Thorax
- 31247 Röntgenuntersuchungen des Skeletts
- 184 Funktionsuntersuchungen

B-13.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bezeichnung der Ambulanz	Ct-gesteuerte Interventionen
Angebote Leistung	Biopsien Schmerztherapien Infiltrationen des sympathischen Nervensystems Abzeßdrainagen
Art der Ambulanz	Ermächtigung und Privatsprechstunde

B-13.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Entfällt, ambulante Operationen werden nicht durchgeführt.

B-13.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-13.11 Apparative Ausstattung

- Angiographiegerät (AA01)
- Computertomograph (CT) (AA08) (24h-Notfallverfügbarkeit)
- Magnetresonanztomograph (MRT) (AA22) (24h-Notfallverfügbarkeit)
- Mammographiegerät (AA23)
- Röntgengerät / Durchleuchtungsgerät (z.B. C-Bogen) (AA27) (24h-Notfallverfügbarkeit)

B-13.12 Personelle Ausstattung

B-13.12.1 Ärzte

	Anzahl	Kommentar / Ergänzung
Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	15,60	Im Friederikenstift sind 6,3 Ärzte beschäftigt. Die Gesamtzahl ergibt sich aus der Kooperation mit der Röntgenpraxis am Marstall.
Davon Fachärzte	7,60	3,8 Fachärzte sind im Friederikenstift beschäftigt. Die Gesamtzahl ergibt sich aus der Kooperation mit der Röntgenpraxis am Marstall.
Belegärzte (nach § 121 SGB V)	0,00	

Fachexpertise der Abteilung

Nuklearmedizin (AQ44)
Radiologie (AQ54)
Radiologie, SP Neuroradiologie (AQ56)
Strahlentherapie (AQ58)
Magnetresonanztomographie (ZF23)
Röntgendiagnostik (ZF38)

B-13.12.2 Pflegepersonal

In dieser Klinik wird kein Pflegepersonal eingesetzt.

	Anzahl
Pflegekräfte insgesamt	0,00
Examierte Pflegekräfte	0,00
Examierte Pflegekräfte mit Fachweiterbildung	0,00

B-13.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Sonstige (SP00): 18,07 Vollkräfte MTRA

B-14 Endoskopie

B-14.1 Allgemeine Angaben der Endoskopie

Krankenhausname: Diakoniekrankenhaus Friederikenstift gGmbH
Fachabteilung: Endoskopie
Art: nicht Betten führend
Chefarzt: Prof. Dr. med. Urs Leonhardt
Ansprechpartner: Sekretariat: Frau Wesemann
Hausanschrift: Humboldtstraße 5
30169 Hannover
Telefon: 0511 129-2304
Fax: 0511 129-2365
URL: www.Friederikenstift.de
EMail: <mailto:Innere.Medizin@Friederikenstift.de>

B-14.2 Versorgungsschwerpunkte der Endoskopie

Die Endoskopie-Abteilung gehört zur Klinik für Innere Medizin.

- Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15)
- Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas (VI14)
- Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs (VI12)
- Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darmtraktes (VI11)

B-14.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Endoskopie

- Sonstiges (MP00): Endoskopische Diagnostik und Therapie

B-14.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Endoskopie

Diese Angaben entfallen, da die Endoskopie keine Bettenführende Abteilung ist

B-14.5 Fallzahlen der Endoskopie

In einer Abteilung ohne Bettenzuordnung ist keine Angabe stationärer Fallzahlen möglich.

B-14.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Entfällt, da keine Bettenführende Abteilung.

B-14.7 Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-632	1425	Spiegelung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarmes
2	1-440	999	Entnahme einer Gewebeprobe des oberen Verdauungstrakts, der Gallengänge oder der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung
3	1-650	669	Dickdarmspiegelung
4	1-444	242	Entnahme einer Gewebeprobe des unteren Verdauungstraktes (z.B. des Dickdarmes) bei einer Spiegelung
5	1-620	201	Spiegelung der Luftröhre und der Bronchien
6	1-642	175	Spiegelung der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüsengänge entgegen der normalen Flussrichtung
7	1-651	91	Spiegelung des S-förmigen Abschnitts des Dickdarms
8	1-636	65	Diagnostische Intestinoskopie (Endoskopie des tiefen Jejunums und Ileums)
9	1-441	53	Perkutane (Nadel-)Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas
10	1-635	38	Diagnostische Jejunoskopie

B-14.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bezeichnung der Ambulanz	Endoskopie
Angebotene Leistung	Endoskopische Untersuchungen und Therapien
Art der Ambulanz	Funktionsabteilung

B-14.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

s. B-14.8

B-14.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-14.11 Apparative Ausstattung

- Endoskop (AA12)

B-14.12 Personelle Ausstattung

B-14.12.1 Ärzte

	Anzahl
Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	1,50
Davon Fachärzte	0,00
Belegärzte (nach § 121 SGB V)	0,00

Fachexpertise der Abteilung

Innere Medizin und SP Gastroenterologie (AQ26)

B-14.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl
Pflegekräfte insgesamt	4,10
Examierte Pflegekräfte	4,10
Examierte Pflegekräfte mit Fachweiterbildung	0,00

B-14.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

entfällt

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach §137 Abs.1 Satz 3 Nr.1 SGB V (BQS-Verfahren)

C-1.1 Im Krankenhaus erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate

Nr.	Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate (%)
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	204	97,1
12/1-CHOL	Cholezystektomie	190	96,9
16/1-GEBH	Geburtshilfe	1399	99,7
15/1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen	344	92,5
09/2-HSM-AGGW	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	20	100,0
09/1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	20	54,5
09/3-HSM-REV	Herzschrittmacher-Revision / Systemwechsel / Explantation	20	100,0
17/2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	163	95,9
17/n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	124	79,5
17/3-HÜFT-WECH	Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel und -komponentenwechsel	30	88,2
10/2-KAROT	Karotis-Rekonstruktion	20	44,4
17/5-KNIE-TEP	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	143	92,9
17/7-KNIE-WECH	Knie-Totalendoprothesen-Wechsel und -komponentenwechsel	23	82,1
18/1-MAMMA	Mammachirurgie	76	84,4
21/3-KORO-PCI	Koronarangiographie und perkutane Koronarintervention (PCI)	20	75,0
GESAMT	Gesamt	3061	94,3

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

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

C-1.2 A.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

Leistungsbereich (LB)	Frauenheilkunde
Qualitätsindikator (QI)	Vorbeugende Gabe von Antibiotika bei Gebärmutterentfernungen
Kennzahlbezeichnung	Antibiotikaprohylaxe bei Hysterektomie
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	Ergebnis wurde dem Krankenhaus nicht mitgeteilt.
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den strukturierten Dialog	9
Kommentar/Erläuterung	Die niedersächsische Arbeitsgruppe „Gynäkologie und Geburtshilfe“ hat für die Auswertung 2006 Qualitätsmerkmale zur Indikationsstellung und somit zur Angemessenheit des operativen Eingriffs ausgewählt, da diese aus Sicht der Arbeitsgruppe die wesentlichen Qualitätsmerkmale darstellen, um aussagefähige Ergebnisse zur Qualität dieses Leistungsbereichs zu erhalten. Die Qualitätsindikatoren „Antibiotikaprohylaxe bei Hysterektomie“ und „Thromboseprohylaxe bei Hysterektomie“ wurden als nachrangig eingestuft.

Leistungsbereich (LB)	Frauenheilkunde
Qualitätsindikator (QI)	Vorbeugende Medikamentengabe zur Vermeidung von Blutgerinnseln bei Gebärmutterentfernungen
Kennzahlbezeichnung	Thromboseprohylaxe bei Hysterektomie
Zähler / Nenner	95 / 96
Ergebnis (Einheit)	98,96%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den strukturierten Dialog	9
Kommentar/Erläuterung	Die niedersächsische Arbeitsgruppe „Gynäkologie und Geburtshilfe“ hat für die Auswertung 2006 Qualitätsmerkmale zur Indikationsstellung und somit zur Angemessenheit des operativen Eingriffs ausgewählt, da diese aus Sicht der Arbeitsgruppe die wesentlichen Qualitätsmerkmale darstellen, um aussagefähige Ergebnisse zur Qualität dieses Leistungsbereichs zu erhalten. Die Qualitätsindikatoren „Antibiotikaprohylaxe bei Hysterektomie“ und „Thromboseprohylaxe bei Hysterektomie“ wurden als nachrangig eingestuft.

Leistungsbereich (LB)	Gallenblasenentfernung
Qualitätsindikator (QI)	Klärung der Ursachen angestaute Gallenflüssigkeit vor der Gallenblasenentfernung
Kennzahlbezeichnung	Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase
Zähler / Nenner	12 / 14
Ergebnis (Einheit)	85,70%
Referenzbereich (bundesweit)	= 100%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Gallenblasenentfernung
Qualitätsindikator (QI)	Feingewebliche Untersuchung der entfernten Gallenblase
Kennzahlbezeichnung	Erhebung eines histologischen Befundes
Zähler / Nenner	188 / 190
Ergebnis (Einheit)	98,90%
Referenzbereich (bundesweit)	= 100%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Gallenblasenentfernung
Qualitätsindikator (QI)	Reinterventionsrate
Kennzahlbezeichnung	Reinterventionsrate
Zähler / Nenner	2/ 176
Ergebnis (Einheit)	1,10%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,5%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Qualitätsindikator (QI)	Anwesenheit eines Kinderarztes bei Frühgeburten
Kennzahlbezeichnung	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen
Zähler / Nenner	23 / 29
Ergebnis (Einheit)	79,30%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den strukturierten Dialog	2
Kommentar/Erläuterung	Geburten zwischen der 24. und nicht abgeschlossenen 34. Schwangerschaftswoche werden standardisiert in Anwesenheit eines Kinderarztes durchgeführt.

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Qualitätsindikator (QI)	Vorgeburtliche Gabe von Medikamenten zur Unterstützung der Lungenentwicklung bei Frühgeborenen
Kennzahlbezeichnung	Antenatale Kortikosteroidtherapie: bei Geburten mit einem Schwangerschaftsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	50,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den strukturierten Dialog	2
Kommentar/Erläuterung	Bei drohender Frühgeburt vor Abschluss der 34. Schwangerschaftswoche wird standardisiert die antenatale Kortikoidtherapie durchgeführt. Bei nicht aufzuhaltender Frühgeburt erfolgt die Kortikoidgabe zur Lungenreife intravenös.

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Qualitätsindikator (QI)	Zeitspanne zwischen dem Entschluss zum Notfallkaiserschnitt und der Entbindung des Kindes
Kennzahlbezeichnung	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt
Zähler / Nenner	9 / 10
Ergebnis (Einheit)	90,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Halsschlagaderoperation
Qualitätsindikator (QI)	Schlaganfälle oder Tod infolge einer Operation zur Erweiterung der Halsschlagader
Kennzahlbezeichnung	Perioperative Schlaganfälle oder Tod risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score I: Risikoadjustierte Rate nach logistischem Karotis-Score I
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 8,5%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Halsschlagaderoperation
Qualitätsindikator (QI)	Entscheidung zur Operation einer Verengung der Halsschlagader mit erkennbaren Krankheitszeichen
Kennzahlbezeichnung	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Halsschlagaderoperation
Qualitätsindikator (QI)	Entscheidung zur Operation einer Verengung der Halsschlagader ohn erkennbare Krankheitszeichen
Kennzahlbezeichnung	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	Ergebnis wurde dem Krankenhaus nicht mitgeteilt.
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den strukturierten Dialog	9
Kommentar/Erläuterung	Die Ergebnisse des Datenvalidierungsverfahrens der Bundesebene für das Erfassungsjahr 2006 zu Modul 10/2 (Karotis-Rekonstruktion) soll auf Beschluss der niedersächsischen Arbeitsgruppe „Chirurgie“ als Voraussetzung zur Auswertung dieses Qualitätsmerkmals abgewartet werden.

Leistungsbereich (LB)	Herzkatheteruntersuchung und -behandlung
Qualitätsindikator (QI)	Entscheidung für die Herzkatheter-Behandlung
Kennzahlbezeichnung	Indikation zur PCI
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	Ergebnis wurde dem Krankenhaus nicht mitgeteilt.
Referenzbereich (bundesweit)	<= 10%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den strukturierten Dialog	9
Kommentar/Erläuterung	Die niedersächsische Arbeitsgruppe „Kardiologie“ hat für die Auswertung 2006 und den strukturierten Dialog Qualitätsmerkmale zu schwerwiegenden Ereignissen (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular Events, MACCE) ausgewählt, um aussagefähige Ergebnisse zur Qualität dieses Leistungsbereichs zu erhalten. Die Qualitätsindikatoren „Indikation zur Koronarangiographie – Ischämiezeichen“, „Indikation zur PCI“ und „Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI“ wurden als nachrangig eingestuft.

Leistungsbereich (LB)	Herzkatheteruntersuchung und -behandlung
Qualitätsindikator (QI)	Entscheidung für die Herzkatheter-Untersuchung
Kennzahlbezeichnung	Indikation zur Koronarangiographie - Ischämiezeichen
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	Ergebnis wurde dem Krankenhaus nicht mitgeteilt.
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den strukturierten Dialog	9
Kommentar/Erläuterung	Die niedersächsische Arbeitsgruppe „Kardiologie“ hat für die Auswertung 2006 und den strukturierten Dialog Qualitätsmerkmale zu schwerwiegenden Ereignissen (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular Events, MACCE) ausgewählt, um aussagefähige Ergebnisse zur Qualität dieses Leistungsbereichs zu erhalten. Die Qualitätsindikatoren „Indikation zur Koronarangiographie – Ischämiezeichen“, „Indikation zur PCI“ und „Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI“ wurden als nachrangig eingestuft.

Leistungsbereich (LB)	Herzkatheteruntersuchung und -behandlung
Qualitätsindikator (QI)	Wiederherstellung der Durchblutung der Herzkranzgefäße
Kennzahlbezeichnung	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI: Alle PCI mit Indikation akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	Ergebnis wurde dem Krankenhaus nicht mitgeteilt.
Referenzbereich (bundesweit)	>= 85%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den strukturierten Dialog	9
Kommentar/Erläuterung	Die niedersächsische Arbeitsgruppe „Kardiologie“ hat für die Auswertung 2006 und den strukturierten Dialog Qualitätsmerkmale zu schwerwiegenden Ereignissen (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular Events, MACCE) ausgewählt, um aussagefähige Ergebnisse zur Qualität dieses Leistungsbereichs zu erhalten. Die Qualitätsindikatoren „Indikation zur Koronarangiographie – Ischämiezeichen“, „Indikation zur PCI“ und „Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI“ wurden als nachrangig eingestuft.

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmachereinsatz
Qualitätsindikator (QI)	Auswahl des Herzschrittmachersystems
Kennzahlbezeichnung	Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	Ergebnis wurde dem Krankenhaus nicht mitgeteilt.
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den strukturierten Dialog	9
Kommentar/Erläuterung	Die niedersächsische Arbeitsgruppe „Kardiologie“ hat für die Auswertung 2006 und den strukturierten Dialog Qualitätsmerkmale zu Durchleuchtungszeit, Komplikationen und Tod ausgewählt, um aussagefähige Ergebnisse zur Qualität dieses Leistungsbereichs zu erhalten. Die Qualitätsindikatoren „Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei bradykarden Herzrhythmusstörungen“, „Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen“ und „Leitlinienkonforme Indikationsstellung und leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen“ wurden als nachrangig eingestuft.

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmachereinsatz
Qualitätsindikator (QI)	Entscheidung für die Herzschrittmacher-Behandlung
Kennzahlbezeichnung	Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei bradykarden Herzrhythmusstörungen
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	Ergebnis wurde dem Krankenhaus nicht mitgeteilt.
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den strukturierten Dialog	9
Kommentar/Erläuterung	Die niedersächsische Arbeitsgruppe „Kardiologie“ hat für die Auswertung 2006 und den strukturierten Dialog Qualitätsmerkmale zu Durchleuchtungszeit, Komplikationen und Tod ausgewählt, um aussagefähige Ergebnisse zur Qualität dieses Leistungsbereichs zu erhalten. Die Qualitätsindikatoren „Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei bradykarden Herzrhythmusstörungen“, „Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen“ und „Leitlinienkonforme Indikationsstellung und leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen“ wurden als nachrangig eingestuft.

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmachereinsatz
Qualitätsindikator (QI)	Entscheidung für die Herzschrittmacher-Behandlung und die Auswahl des Herzschrittmachersystems
Kennzahlbezeichnung	Leitlinienkonforme Indikationsstellung und leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	Ergebnis wurde dem Krankenhaus nicht mitgeteilt.
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den strukturierten Dialog	9
Kommentar/Erläuterung	Die niedersächsische Arbeitsgruppe „Kardiologie“ hat für die Auswertung 2006 und den strukturierten Dialog Qualitätsmerkmale zu Durchleuchtungszeit, Komplikationen und Tod ausgewählt, um aussagefähige Ergebnisse zur Qualität dieses Leistungsbereichs zu erhalten. Die Qualitätsindikatoren „Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei bradykarden Herzrhythmusstörungen“, „Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen“ und „Leitlinienkonforme Indikationsstellung und leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen“ wurden als nachrangig eingestuft.

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmachereinsatz
Qualitätsindikator (QI)	Komplikationen während oder nach der Operation
Kennzahlbezeichnung	Perioperative Komplikationen: chirurgische Komplikationen
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	Ergebnis wurde dem Krankenhaus nicht mitgeteilt.
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den strukturierten Dialog	9
Kommentar/Erläuterung	Die niedersächsische Arbeitsgruppe „Kardiologie“ hat für die Auswertung 2006 und den strukturierten Dialog Qualitätsmerkmale zu Durchleuchtungszeit, Komplikationen und Tod ausgewählt, um aussagefähige Ergebnisse zur Qualität dieses Leistungsbereichs zu erhalten. Die Qualitätsindikatoren „Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei bradykarden Herzrhythmusstörungen“, „Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen“ und „Leitlinienkonforme Indikationsstellung und leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen“ wurden als nachrangig eingestuft.

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmachereinsatz
Qualitätsindikator (QI)	Komplikationen während oder nach der Operation
Kennzahlbezeichnung	Perioperative Komplikationen: Sondendislokation im Vorhof
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmachereinsatz
Qualitätsindikator (QI)	Komplikationen während oder nach der Operation
Kennzahlbezeichnung	Perioperative Komplikationen: Sondendislokation im Ventrikel
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenkersatz
Qualitätsindikator (QI)	Ausrenkung des künstlichen Hüftgelenkes nach der Operation
Kennzahlbezeichnung	Endoprothesenluxation
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenkersatz
Qualitätsindikator (QI)	Entzündung des Operationsbereichs nach der Operation
Kennzahlbezeichnung	Postoperative Wundinfektion
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenkersatz
Qualitätsindikator (QI)	Ungeplante Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en)
Kennzahlbezeichnung	Reinterventionen wegen Komplikation
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	1,20%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 9%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Kniegelenkersatz
Qualitätsindikator (QI)	Entzündung des Operationsbereichs nach der Operation
Kennzahlbezeichnung	Postoperative Wundinfektion
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	1,30%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Kniegelenkersatz
Qualitätsindikator (QI)	Reinterventionen wegen Komplikation
Kennzahlbezeichnung	Reinterventionen wegen Komplikation
Zähler / Nenner	8 / 143
Ergebnis (Einheit)	5,50%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den strukturierten Dialog	8

C-1.2 A.II Qualitätsindikatoren, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Strukturierten Dialog noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeignet sind

Leistungsbereich (LB)	Brusttumoren
Qualitätsindikator (QI)	Bestimmung der Hormonempfindlichkeit der Krebszellen
Kennzahlbezeichnung	Hormonrezeptoranalyse
Bewertung durch den strukturierten Dialog	0

Leistungsbereich (LB)	Brusttumoren
Qualitätsindikator (QI)	Röntgenuntersuchung des entfernten Gewebes nach der Operation
Kennzahlbezeichnung	Postoperatives Präparatröntgen
Bewertung durch den strukturierten Dialog	0

Leistungsbereich (LB)	Brusttumoren
Qualitätsindikator (QI)	Sicherheitsabstand zum gesunden Gewebe
Kennzahlbezeichnung	Angabe Sicherheitsabstand bei brusterhaltender Therapie
Bewertung durch den strukturierten Dialog	0
Kommentar/Erläuterung	Es erfolgt grundsätzlich eine genaue Angabe zum Sicherheitsabstand durch den Pathologen.

Leistungsbereich (LB)	Brusttumoren
Qualitätsindikator (QI)	Sicherheitsabstand zum gesunden Gewebe
Kennzahlbezeichnung	Angabe Sicherheitsabstand bei Mastektomie
Bewertung durch den strukturierten Dialog	0
Kommentar/Erläuterung	Es erfolgt grundsätzlich eine genaue Angabe zum Sicherheitsabstand durch den Pathologen.

Legende - Bewertung durch den strukturierten Dialog

- 0 = Derzeit noch keine Einstufung als auffällig oder unauffällig möglich, da der Strukturierte Dialog noch nicht abgeschlossen ist
- 1 = Krankenhaus wird nach Prüfung als unauffällig eingestuft
- 2 = Krankenhaus wird für dieses Erhebungsjahr als unauffällig eingestuft, in der nächsten Auswertung sollen die Ergebnisse aber noch mal kontrolliert werden
- 3 = Krankenhaus wird ggf. trotz Begründung erstmals als qualitativ auffällig bewertet
- 4 = Krankenhaus wird ggf. trotz Begründung wiederholt als qualitativ auffällig bewertet
- 5 = Krankenhaus wird wegen Verweigerung einer Stellungnahme als qualitativ auffällig eingestuft
- 6 = Krankenhaus wird nach Prüfung als positiv auffällig, d. h. als besonders gut eingestuft
- 8 = Ergebnis unauffällig, kein Strukturiertes Dialog erforderlich
- 9 = Sonstiges (In diesem Fall ist auch der dem Krankenhaus zur Verfügung gestellte Kommentar in die Spalte 8 zu übernehmen.)

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

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

- Neonatalerhebung (NINEO)
- Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) (NIANG)

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

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP teil:

- Brustkrebs (BRU)

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

- Qualitätssicherungsstudie Rektumcarcinom (Primärtumor) der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V

Leistungsbereich	Mindestmenge	erbracht	Ausnahmeregelung
Knie-TEP	50	154	
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	10	
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	10	3	Ja

Die Mindestmenge in der Oesophagus-Chirurgie wurde 2006 nicht im Friederikenstift erbracht sondern in der Henriettenstiftung konzentriert.

C-6 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs.1 S.3 Nr.3 SGB V (Ausnahmeregelung)

Leistungsbereich	Ausnahmetatbestand	Ergänzende Maßnahmen
Organsystem Ösophagus	Leistungserbringung im Notfall	Diese Operationen werden ab 2006 im Rahmen der Holdingbildung DDH in der Henriettenstiftung erbracht

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Folgende Grundsätze sowie strategische und operative Ziele der Qualitätspolitik werden im Krankenhaus umgesetzt:

Unternehmensleitbild

Unser Leitbild beschreibt wichtige Grundwerte, denen sich das Friederikenstift verpflichtet weiß. Diese Werte beziehen sich auf:

Menschen, die sich uns anvertrauen

Menschen, die mit uns arbeiten

Partner, mit denen wir kooperieren

Verantwortung, der wir uns stellen

Wir sehen uns in der Tradition von Ida Arenhold, die 1840 den Frauenverein für Armen- und Krankenpflege gegründet hat, aus dem das Friederikenstift und seine Schwesternschaft hervorgegangen sind.

Sie hat die Not von Menschen ihrer Zeit wahrgenommen und versucht, aus sozialer Verantwortung und christlicher Überzeugung heraus zu helfen.

Aus Liebe zum Menschen ließ sie sich leiten von dem Grundgedanken, dass jeder Mensch Achtung verdient und dass man ihm Hilfe anbieten muss, seine Kräfte zu entwickeln, um den eigenen Weg zu gehen.

Dies ist nach wie vor Grundlage und Maßstab unserer Arbeit. Wir sind uns bewusst, dass die Wirklichkeit an manchen Stellen hinter dem Leitbild zurückbleibt. Dies wird Anlass zu ständiger Verbesserung und Veränderung sein.

Qualitätspolitik des Diakoniekkrankenhauses Friederikenstift gGmbH

Aus den christlichen Grundwerten und unserem Leitbild ergeben sich folgende

Grundsätze und Ziele unserer Qualitätspolitik:

- Wir bekennen uns zum christlichen Glauben und zur Ordnung der Ev.-luth. Kirche. Das motiviert uns, Menschen in leiblicher, seelischer und sozialer Not sowie in sozial bedrängten Verhältnissen Hilfe anzubieten.
- Hilfeleistungen in Medizin, Pflege und in der sonstigen Versorgung unserer Patienten werden nach dem bestmöglichen Standard erbracht.
- Durch die Beteiligung an der Entwicklung moderner Medizin und Pflege (Akademisches Lehrkrankenhaus, Weiterbildung von Ärzten, Unterstützung und Beteiligung an Ausbildungskonzepten und Studiengängen für Pflegenden sowie gründliche und praxisbezogene Aus- und Weiterbildung unserer Mitarbeiter) sichern wir einen hohen Standard.
- Gemeinsam mit unseren Patienten versuchen wir, entsprechend ihren jeweiligen Bedürfnissen Lösungen zu finden, wobei spezialisierte Angebote (z. B. gezielte medizinische Interventionen) und die Berücksichtigung der Zusammenhänge (Ganzheitlichkeit) einbezogen werden. Insbesondere wird die religiöse Orientierung eines Patienten respektiert und nach Möglichkeit unterstützt.
- Offene Information und Kommunikation sind die Grundlage zielgerichteter und effektiver Leistungen. Patienten werden über diagnostische und therapeutische Maßnahmen sowie über deren Ergebnisse umfassend, verständlich und einfühlsam informiert.
- Die fachbereichs- und berufsgruppenübergreifende Kommunikation wird gefördert, denn sie ist unabdingbare Grundlage für ein komplexes Leistungsgeschehen.
- Unsere Führungskultur ist geprägt von einem kooperativen, der jeweiligen Situation angepassten Führungsstil, gegenseitiger Achtung und fachlicher Diskussion und

größtmögliche Transparenz der Entscheidungen. Gegenseitiger Respekt und freundlicher Umgang unter den Kollegen sowie zwischen Vorgesetzten und nach geordneten Mitarbeitern gehören zu unserer Unternehmenskultur. Die Kompetenz aller Mitarbeiter findet Wertschätzung und wird gefördert.

- Alle Mitarbeiter des Friederikenstifts pflegen einen verantwortungsbewussten Umgang mit Ressourcen und sorgen damit für einen wirtschaftlichen Betriebsablauf. Die wirtschaftliche Betriebsführung sichert Arbeitsplätze im Friederikenstift und trägt zur gesamtwirtschaftlichen Zielsetzung im Gesundheits- und Sozialwesen bei. Dazu gehört auch die Verpflichtung zum Umwelt- und Gesundheitsschutz. Das Wirken des Friederikenstifts wird durch ein ständiges Qualitätsmanagement gesichert.
- Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit legen wir großen Wert auf die Transparenz der von uns erbrachten Leistungen und schaffen somit das notwendige Vertrauen.
- In seiner weiteren Entwicklung wird das Friederikenstift aufgrund seiner diakonisch-gesellschaftlichen Aufgabenstellung weiterhin neue Angebote individueller Hilfe entwickeln, ggf. auch in Zusammenarbeit mit Partnern aus Diakonie, Kirche und anderen Bereichen der Gesellschaft (Palliativmedizin, Hospiz, Babykörbchen, Nachsorge etc.) Es wird sich im Rahmen seiner Möglichkeiten auch an Netzwerken beteiligen.
- Das Friederikenstift orientiert sich als Einrichtung der Diakonie an christlichen Grundwerten wie Nächstenliebe, Toleranz und Vergebung. Es hat Anteil am diakonischen Dienst der Kirche, dem einzelnen Menschen und der Gesellschaft gegenüber. Das schließt einen ethisch verantworteten Umgang mit Gesundheit und Krankheit, Leben und Sterben ein.

Leitbild und Qualitätspolitik erfahren eine Konkretisierung in folgenden Konzepten:

Personalentwicklung:

Grundsätzlich liegt im ärztlichen Bereich die Personalentwicklung in der Verantwortung des jeweiligen Chefarztes, im Pflegebereich bei der Oberin/Pflegerischen Geschäftsführung, im kaufmännischen, medizinisch-technischen - und therapeutischen Bereich bei den jeweiligen Bereichs- bzw. Abteilungsverantwortlichen.

Der Bedarf an Qualifizierungsmaßnahmen wird von den Verantwortlichen ermittelt und entsprechend beantragt bzw. geplant.

Das Friederikenstift ist akademisches Lehrkrankenhaus und bietet für Ärzte die Möglichkeit zur Facharztausbildung.

In Kooperation mit anderen Krankenhäusern stehen Plätze für Fachweiterbildungen zur "Fachkraft für Anästhesie- und Intensivpflege", "OP- und Endoskopische Pflege" sowie zur "Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege" zur Verfügung.

Es finden im Pflegebereich jährlich Klausurtagungen außerhalb der Einrichtung sowohl mit den Stationsleitungen als auch mit den stellvertretenden Stationsleitungen zu im Friederikenstift aktuellen und bearbeitungsbedürftigen Themen von Führung, Management, Organisation und Qualität statt. Insbesondere bei den Stellvertretungen ermöglicht dies neben der aktuellen Qualifizierung das Erkennen von Karriereentwicklungen.

Insbesondere zur persönlichen und spirituellen Weiterentwicklung für Mitarbeiter wird extern eine Diakonische Weiterbildung (Lutherstift Falkenburg) im Verbund mit diakonischen Krankenhäusern angeboten.

Umweltschutzmanagement

Es besteht ein Abfallwirtschaftskonzept. Ein Abfall-Beauftragter ist benannt. Jährlich findet die Teilnahme am Umweltdatenvergleich beim Braunschweiger Studieninstitut für Gesundheitspflege statt. Ferner wird an den Standorten eine Mülltrennung vorgenommen.

Schnittstellen

Jeder Patient erhält bei der Entlassung einen Arztbrief, mit allen wichtigen Angaben über

Diagnose, durchgeführte Behandlung sowie einem Therapievorschlag.
Ein Pflegeüberleitungsbogen wird pflegebedürftigen Patienten für die nach betreuende Einrichtung oder für den ambulanten Pflegedienst bei der Entlassung mitgegeben.
Bei unzureichender häuslicher Versorgung wird der Sozialdienst eingeschaltet. Eine evtl. Anschlussbehandlung, häusliche Pflege, Verlegung in ein Heim oder ins Hospiz wird geplant und entsprechende Termine organisiert. Dies geschieht immer in Zusammenarbeit mit dem Patienten, Angehörigen und dem behandelnden Arzt.
Eine erste Kontaktaufnahme mit unseren Tochtergesellschaften ist während des stationären Aufenthaltes möglich.

2005 und 2006 wurde in einer Projektgruppe am Aufbau von QM-Strukturen (siehe QM-Projekte) für die gesamte Holding "Diakonische Dienste Hannover gGmbH" (DDH) von Annastift, Friederikenstift und Henriettenstiftung gearbeitet. Hier entstand die für alle drei Einrichtungen geltende folgende übergeordnete Qualitätspolitik:

Qualitätspolitik der DDH (Diakonische Dienste Hannover gGmbH)

Unsere Qualitätspolitik orientiert sich am Leitbild der zur Holding zusammengeführten Unternehmen.

Sie ist Bestandteil der Gesamtunternehmenspolitik und legt die Ausrichtung in Bezug auf Qualität fest.

Sie steckt den Rahmen für die Formulierung von Qualitätszielen.

Wir überprüfen regelmäßig Ihre Aktualität und Umsetzung und reflektieren die Ergebnisse in und mit den jeweiligen Bereichen.

- Alle Einrichtungen der Holding sind in ein umfassendes Qualitätsmanagement-System eingebunden. Dieses entwickeln wir systematisch durch den Einsatz ausgewählter geeigneter Instrumente und Methoden weiter.
- Unsere Leistungen erbringen wir bestmöglich auf der Grundlage anerkannter Standards und im Bewusstsein einer christlich-ethischen Kompetenz. Hierfür sind die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aller Ebenen und Berufsgruppen verantwortlich.
- Menschen, an die sich unsere Dienstleistungen richten, und externe, insbesondere vor- und nachgelagerte, Leistungserbringer sehen wir als unsere Kunden und somit als Zielgruppe der Holding an. Orientierung an diesen Kunden bedeutet für uns, dass wir unsere Leistungen auf der Grundlage von Erwartungen, Vereinbarungen und gegenseitiger Zufriedenheit erbringen und weiterentwickeln. Auf diese Weise gestalten wir auch unsere Arbeitsbeziehungen untereinander partnerschaftlich. Kundenbedürfnisse und -anforderungen werden systematisch ermittelt und fließen in die Qualitätsentwicklung ein.
- In Kooperationen fördern wir die Zusammenarbeit mit Partnern aus der Diakonie, Kirche und anderen Bereichen der Gesellschaft. Wir beteiligen uns am Aufbau von Netzwerken.
- Wir berücksichtigen Ideen und Erwartungen von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen, um hohe Qualitätsstandards erreichen und sicherstellen zu können. Dazu gehört die Wertschätzung und Förderung der individuellen Kompetenzen und eine an den Zielen der Holding orientierte und geplante Personalentwicklung.
- Qualitätsmanagement ist eine originäre Führungsaufgabe, die vorbildliches Verhalten voraussetzt. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Führungspositionen stellen sicher, dass Qualitätsmanagement als fester und integrierter Bestandteil auf allen Ebenen und in allen Bereichen im Alltag gelebt wird.
- Qualitätsmanagement muss messbaren Nutzen für Kunden, Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sowie für die Organisation erbringen.

D-2 Qualitätsziele

Patientenbefragung

Die Ergebnisse der Patientenbefragungen 2005 und 2006 wurden nach gleichem Schema kommuniziert.

Zunächst erhielten Krankenhausleitung und Geschäftsführung sowie die Mitglieder des Qualitätskomitees die gesamte Auswertung.

Bereits hier wurden grundsätzliche Fragen zur Befragungsqualität und zu heraus stechenden Ergebnissen geführt.

Je Geschäftsbereich wurden in einem zweiten Schritt die Ergebnisse aus den Bereichen in diese zurückgespiegelt, indem jede Klinik/Station/Abteilung, die sie betreffenden Ergebnisse mit der Bitte um Stellungnahme schriftlich ausgehändigt bekam.

Die Stellungnahmen sollten beim jeweilig zuständigen Mitglied der Krankenhausleitung abgegeben werden und anschließend im QM-Büro systematisch zusammengestellt werden.

Aus den Patientenbefragungen 2005 und 2006 abgeleitete Qualitätsziele für 2006/2007:
(Zum Teil sind diese Ziele stations-/abteilungs-/berufsgruppen-/klinik- oder einrichtungsbezogen)

- Optimierung der Ausgabe von Fragebögen bei Folgebefragungen
- Verkürzung der Wartezeiten bei der Bettenbelegung auf Station
- Sanierung der Stationen im Westflügel
- Schönheitsreparaturen
- Optimierung bzgl der gemeinsamen Visite von Ärzten und Pflegenden
- Höhere Sensibilität bei der Belegung der Zimmer (Zusammensetzung der Patienten)
- Verstärkte Beachtung der Sauberkeit im Sanitärbereich
- Termintreue bei einbestellten Patienten
- Organisierte ärztliche Präsenz und Ansprechpartner für Patienten auf der Station
- Einrichtung ärztlicher Sprechstunden für stationäre Patienten und deren Angehörige
- Störungsfreie Zeiten für Patienten durch Hinweise an Besucher
- Steigerung der Anzahl der ausgefüllten Fragebögen

**Das Qualitätsforum formulierte für die zukünftige Arbeit folgende Ziele
Ziele 2007 / 2008**

- Digitale Patientenakte (unter Einbezug der Pflege)
- Umsetzung der Verbesserungspotentiale aus der Visitation
- Reduzierung der Erstellung von Arbeits- und Verfahrensanweisungen
- Bearbeitung von Kernprozessen, wie z.B. der Reorganisation des Aufnahmeprozesses
- Erfassung aller Projekte / Controlling

Aus dem Bericht zur Visitation generierte Ziele:

Leitbildausschuss

Aufgrund von Gesprächen und einer Befragung der Mitarbeitenden zum Leitbild und dessen Umsetzung wurden die Struktur und die Aufgabenstellung des Leitbildausschusses neu geordnet.

Der Ausschuss wurde durch Anzahl und Auswahl der Mitglieder auf eine breitere Basis gestellt. Er soll sich vermehrt den Beschwerden von Mitarbeitenden bzgl. der Umsetzung des Leitbildes und evtl. Verstößen annehmen, und zu Klärungen und Verbesserungsmöglichkeiten beitragen.

Strukturierte Hygienebegehungen:

Systematische Umsetzungen von Verbesserungen und deren Kontrolle

Medikamentenverordnung und -gabe:

Vermeidung von Komplikationen. Schaffung einer praktikablen Zugriffsmöglichkeit auf eine Information über Arzneimittelnebenwirkungen und Arzneimittelinteraktionen in den Abteilungen

Außenkontakte

Ausbau systematischer, strukturierter Kontakte mit externen Einrichtungen und niedergelassenen Ärzten, ggf. entsprechenden Befragungen durchführen.

Kostentransparenz

Übersicht über verbrauchte Medikamente und Verbrauchsgüter; Preisübersichten, listen

Lagerhaltung

Mindest- und Maximalmengen der Lagerhaltung auf Station und für die Bereiche definieren.

Innerbetriebliches Vorschlagswesen

Aktivierung des Vorschlagswesens

Kommunikation

Interdisziplinäre, Berufsgruppen übergreifende Angebote schaffen und Teilnahme ermöglichen

Gezielte Schulungen zur Umsetzung von strukturierten Mitarbeitergesprächen mit Zielvereinbarungen

Projektmanagement

Zentrale Steuerung bzw. Übersicht von Projektaufträgen, -status, - ergebnissen sowie Prüfungen und Bewertungen

Kennzahlen

Definition und Auswertung von Kennzahlen zu Kernprozessen

Protokollwesen

Durch die Umstellung der Protokollführung werden Überprüfungen und Evaluationen von Zielen und Aufgaben sichergestellt.

Die Protokolle von Sitzungen werden pro Jahr - mit 1/jjjj beginnend - durchnummeriert, was eine fortlaufende Übersicht ermöglicht.

Jedes Protokoll ist gegliedert nach Ergebnissen der Sitzung, resultierende Aufgaben, Verantwortung, Terminierung und Status der Erledigung.

Jedes Protokoll nimmt die bei der Statusprüfung noch nicht erledigten Punkte erneut als einen Punkt auf, so dass hierüber eine ständige Überprüfung der Erledigung von Zielen, Aufgaben und Maßnahmen gewährleistet ist.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Der Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus stellt sich wie folgt dar:

Unser Ansatz im Qualitätsmanagement (QM) äußert sich in der prozesshaften Anwendung des

P-D-C-A Zyklus

(Plan - Do - Check - Act; planen - umsetzen - prüfen - verbessern)

bei den Elementen des internen Qualitätsmanagements, die jeweils in der Selbstbewertung der Kriterien der Qualitätskategorien von proCum Cert / KTQ® ihren Niederschlag finden (ausführlich: siehe E - 2).

Während der Projektphase zur Einführung eines Qualitäts- und Risikomanagement-Systems wurden die Strukturen und die Organisation erarbeitet und abschließend etabliert. Mitarbeiter aus allen Bereichen unseres Hauses und aus allen Standorten sind im QM vertreten. In allen Bereichen sind Verantwortliche benannt. In Qualitätszirkeln werden Arbeitsabläufe überdacht und interdisziplinär und berufsgruppenübergreifend in Arbeits- und Verfahrensanweisungen beschrieben. Das System hat folgende Organisationsstruktur:

2. Qualitätsforum

Zum 13 Personen umfassenden Qualitätsforum, dem Projektmanagement der Projektphase entsprechend, gehören Vertreter aller Bereiche und Standorte. Insbesondere ist hier die Beteiligung der Seelsorge hervorzuheben. In diesem Gremium werden

- Entwürfe aus Qualitätszirkeln
- Angelegenheiten des Qualitäts- und Risikomanagementsystems betreffend und
- Entscheidungsvorlagen für das Qualitätskomitee

abgestimmt.

Die Mitglieder des Qualitätsforums fungieren auch als so genannter "Coach". Ihre Aufgaben sind dementsprechend:

- Beratung und Unterstützung der Qualitätszirkel-Leitungen
- Zusammenstellung, Bildung und Moderation der Qualitätszirkeln
- Erarbeitung von bzw. Unterstützung bei Prozessgestaltungen und deren

Beschreibungen in Verfahrens-, Arbeitsanweisungen oder Ähnlichem.

Sie geben motivierende, koordinierende, berufsgruppenübergreifende und konsentierende Impulse und Aktivitäten.

3. Qualitätsverantwortlich / -zirkel

In allen Abteilungen gibt es Verantwortliche für die Initiierung, Moderation und Leitung von Qualitätszirkeln. Diese Personen wurden während der Projektphase vom jetzigen Qualitätsforum ausgewählt. Dabei wurde darauf geachtet, dass jede der 60 relevanten Organisationseinheiten einer Person zugeordnet werden konnte, um eine Verbindung zum QM-System zu gewährleisten.

Die Qualitätszirkel sind gedacht als zeitlich begrenzte, themen- bzw. prozessbezogen zusammengestellte Gruppen, die an Verfahrens-, Arbeitsanweisungen, Qualitätszielen und anderen qualitäts- und risikorelevanten Aspekten arbeiten. Die von den Teams zu erarbeitenden Anweisungen sollen entweder vormals informelle Regelungen offiziell beschreiben oder regelungsbedürftige Sachverhalte verbindlich schriftlich vereinbaren.

4. Dokumentenlenkungsbeauftragte / Qualitätshandbuch / Anweisungen / Standards

Um alle Mitarbeiter und auch neue Mitarbeiter zu erreichen, ist das System der Dokumentenlenkung über die Dokumentenlenkungsbeauftragten (DLB) gewählt worden. Eine derartig verbindliche Kommunikation wird neben dem Aspekt der Transparenz im Qualitätsmanagement-System gefordert. Die Dokumentenlenkungsbeauftragten sind für die ordnungsgemäße Führung des Qualitätshandbuches ihres Bereiches und die Information aller Mitarbeiter verantwortlich, die durch Unterschrift dokumentiert werden muss. Diese Unterschrift erscheint häufig als lästige Pflicht, ist jedoch als Nachweis der Kenntnisnahme

notwendig. Das Handbuch ist in Form eines Ordners an einem festen Standort für jeden Mitarbeiter zugänglich. Mittlerweile wurden mehr als 150 Arbeits- und Verfahrensanweisungen sowie Checklisten erarbeitet und im Qualitätskomitee verbindlich verabschiedet. Diese Arbeitsanweisungen werden vom QM-Büro an die entsprechenden Abteilungen weitergeleitet und dann in den QM-Handbüchern zusammengestellt. Die Anweisungen sind auch im Intranet einsehbar.

Seit langem wird bereits mit Organisations- und Untersuchungsstandards gearbeitet, die berufsgruppenübergreifend Untersuchungen, Vor- und Nachbereitungen bzw. Abläufe bei bestimmten Operationen und Diagnosen regeln. Diese Standards sind ebenfalls für alle Mitarbeiter im Intranet einsehbar.

In einem QM-System müssen auch externe Informationen, wie gesetzliche Regelungen, Dokumente und Formulare aufgenommen werden. Diese so genannten mit geltenden Unterlagen sind z.B. im Hygieneordner, MPG-Ordner (Medizinproduktegesetz) zusammengestellt.

In allen Bereichen wurden Organigramme erstellt, die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten für alle nachvollziehbar sichtbar machen. Daher sind auch diese im Intranet einsehbar sind.

5. Externe Qualitätssicherung

Neben dem Aufbau des internen QM-Systems nehmen wir an der gesetzlich vorgeschriebenen teil. Hierbei werden für bestimmte Krankheitsbilder und Operationen Angaben erfragt, die dann auf Landesebene im Vergleich zu anderen Häusern ausgewertet werden.

6. Beschwerdemanagement

Um angemessen auf eventuelle Beschwerden von Patienten reagieren zu können, wurde ein Beschwerdemanagement erarbeitet, welches den Umgang mit Beschwerden regelt. Auch Fortbildungen und Schulungen zu diesem Thema haben stattgefunden.

7. Führungsstil

Zur Konkretisierung der Aussage des Leitbildes, "einen kooperativen Führungsstil zu pflegen", wurden Führungsgrundsätze erarbeitet und verbindlich verabschiedet.

8. Kernprozesse: Aufnahme / Entlassung / Verlegung

Es werden im Folgenden auszugsweise Regelungen vorgestellt, welche den Kernprozess der Aufnahme und Entlassung/Verlegung betreffen:

Aufnahme:

- Ein Bedarf über die abteilungsinterne Bettenzahl hinaus, wird über nicht belegte Betten in anderen Abteilungen gedeckt.
- Notfälle werden über die zentrale Notfallaufnahme aufgenommen; abgesehen von gynäkologischen und geburtshilflichen Patientinnen, die direkt in der Klinik aufgenommen werden.
- Jeder Patient wird kurz nach seiner stationären Aufnahme von einem Facharzt der Abteilung untersucht.
- In besonderen Fällen wird nach Absprachen zwischen Ärzten und Pflegenden die Patientenverteilung nach Pflegeintensität gesteuert.
- Der Empfang in der Humboldtstraße und Marienstraße ist rund um die Uhr als zentrale Informationseinheit besetzt.
- Es gibt in der Woche, vormittags, einen Lotsendienst in der Humboldtstraße, bei Bedarf stehen die Mitarbeiter der Stationen für Begleitungen oder Beförderungen zur Verfügung.
- Der Ablauf einer neurochirurgischen Aufnahme ist in einer entsprechenden Verfahrensanweisung geregelt.
- Der Ablauf der pflegerischen Aufnahme ist in einer Arbeitsanweisung festgelegt und beschreibt die Struktur und Qualität der Aufnahme.
- Die Vernetzung der ärztlichen und pflegerischen Aufnahme wird anhand der Berufsgruppen

- übergreifend erstellten Organisations- und Untersuchungsstandards deutlich.
- Die Zuwendung zum Patienten ist in unserem Leitbild besonders herausgestellt und für alle Mitarbeiter Grundlage des Handelns.
 - Bei jedem Patienten erfolgt eine umfassende Befunderhebung; der körperliche, seelische und soziale Status wird erhoben.
 - Alle Patienten werden von Fachpersonal betreut.
 - Vorbefunde werden von niedergelassenen Ärzten und Kliniken angefordert, um Doppeluntersuchungen bzw. unnötige Belastungen der Patienten zu vermeiden.

Entlassung / Verlegung:

- Verfahrensanweisungen zum Einleiten einer Anschlussheilbehandlung (AHB), sowie zur Heimunterbringung/Kurzzeitpflege und Hospizaufnahme beschreiben den organisatorischen Ablauf vor einer solchen Verlegung.
- Ein Entlassungsgespräch mit dem Patienten und ggf. mit seinen Angehörigen geführt.
- Jeder Patient erhält einen vorläufigen Arztbrief, mit allen wichtigen Angaben wie Diagnose und Therapievorschlag, bevor der eigentliche ausführliche Arztbrief den Hausarzt erreicht.
- Bei pflegebedürftigen Patienten wird ein Pflegeüberleitungsbogen ausgestellt und der nach betreuenden Einrichtung zur Verfügung gestellt.
- In besonderen Fällen nehmen Arzt oder Pflege telefonischen Kontakt zur nach betreuenden Stelle auf.
- Kontakte für den Patienten nach innen und außen werden über den klinischen Sozialdienst hergestellt, z.B. zu weiter betreuenden Einrichtungen und Selbsthilfegruppen oder ambulanten Diensten.

Diese und ähnliche Prozesse sind Gegenstand von Ablaufbeschreibungen, Anweisungen und Qualitätszirkeln. Hierdurch sollen Verbesserungspotentiale entdeckt werden, um die Qualität aber auch die Effektivität und Effizienz dieser Prozesse zu verbessern.

Verankerung in der Holding Diakonische Dienste Hannover gGmbH

Im Qualitätsmanagement der Holding der "Diakonischen Dienste Hannover gGmbH" ist das Diakoniekrankenhaus über den Geschäftsbereich 1, zu dem die Krankenhäuser gehören, im QM-Lenkungsgremium dieses Geschäftsbereichs durch ein Mitglied der Geschäftsführung und die Qualitätsmanagementbeauftragte vertreten. In den vier mal jährlich stattfindenden Sitzungen werden die QM-Strategien und die entsprechenden Verfahren, die den gesamten Bereich betreffen festgelegt.

Jeder der vier Geschäftsbereiche der Holding wird durch eine(n) KoordinatorIn auf der obersten Ebene der Holding vertreten, um zusammen mit der QM-Managerin beratend und ausführend für die Geschäftsführung der Holding tätig zu werden und die Beschlüsse entsprechend an die Bereiche zu transportieren.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Siehe auch "Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagement" mit seinen Strukturen und Arbeitsweisen.

Audits

Alle über das Qualitätsmanagement gelenkten Anweisungen, Standards und Checklisten unterliegen einer 2-3 jährigen Überprüfung.

Die Dokumente gehen zunächst an die jeweils verantwortlichen Personen aus dem Qualitätsforum und werden zur Prüfung an die ursprünglich erstellenden bzw. mit den Dokumenten arbeitende und vertraute Personen (-kreise) mit den Fragestellungen

- Unverändert gültig?
- Mit folgenden Veränderungen gültig!
- ungültig

weitergeleitet.

Sofern Veränderungsbedarf erkannt und angezeigt wird, erfolgt eine Revision der Anweisung

und wird den damit Arbeitenden bekannt gemacht.

Das Audit zum Ende des ersten Halbjahrs 2006 betraf 29 Anweisungen. Von diesen wurden 8 für ungültig erklärt und 15 blieben ohne Veränderung. Die restlichen Dokumente befinden sich in einer längerfristigen Überprüfung bzw. Bearbeitung.

Im Audit zum Jahresende standen 46 Dokumente zur Prüfung an. Hiervon wurden 25 ohne Veränderungen weiter gültig gezeichnet, 2 für ungültig erklärt. Bei den restlichen Dokumenten war eine zeitaufwändigere Prüfung bzw. Überarbeitung erforderlich.

Dokumentenlenkung (siehe auch Dokumentenlenkungsbeauftragte D 3 Punkt 4.)

Die qualitätsrelevanten Dokumente unterliegen alle einer vereinbarten Lenkung. Nach Freigabe eines Dokuments (egal ob Anweisung, Checklist oder Formular) wird diese beginnend in die Lenkung im Qualitätsmanagement-Büro. Die Erstellenden der Dokumente legen auf einer Verteilerliste fest, für welche Abteilungen das Dokument relevant ist oder sein könnte. Die Verteilerliste enthält alle - einmal festgelegten - Organisationseinheiten, in denen ein Qualitätshandbuch vorhanden ist.

Beschwerdemanagement

Das derzeit in der Überarbeitung befindliche Beschwerdemanagement geht davon aus, dass alle Mitarbeitenden potenzielle Ansprechpartner für Beschwerden sind.

Nach Möglichkeiten und Kompetenzen der Mitarbeitenden soll einer Beschwerde umgehend nachgegangen werden und der Grund dafür abgestellt werden. Ist das den Angesprochenen nicht möglich, schalten diese den Vorgesetzten ein, der für Abhilfe sorgen soll. Bei weitreichenden und ggf. durch Mitarbeitende nicht abstellbaren Beschwerdegründen werden diese an die Krankenhausleitung weitergeleitet.

Die Krankenhausleitung nimmt sich aller Beschwerden an, die über den eben beschriebenen Weg oder schriftlich bzw. persönlich, an sie herangetragen werden. Hierbei wird je nach Zuständigkeitsbereich entsprechende recherchiert und für Klärung gesorgt.

Eine jährliche Auswertung der Beschwerden erfolgt über die konkrete Bearbeitung hinaus nach folgenden Kategorien, um ggf. Häufungen zu erkennen, die dann zu Verbesserungsprojekten führen können

1. Hygiene
2. Transportprobleme (Krankentransport)
3. Organisation allgemein, Unterbringung
4. OP-Verschiebung
5. Wartezeiten
6. Rechnungsstellung
7. Bau und Technik
8. Ausführung der Pflege
9. Diagnostik, Therapie, Gutachten
10. Information (Defizite)
11. Service
12. Verhalten Pflegekräfte
13. Verhalten Ärzte
14. Verhalten sonstiges Personal
15. Arztbrief
16. Verpflegung / Diät
17. Fremdeigentum
18. Lob / Dank / Anerkennung

Kommissionen, Konferenzen, Besprechungen

Unterschiedliche Gruppen finden sich zu Sitzungen zusammen, in denen es in der Regel immer auch um qualitätsbezogene Fragestellungen geht.

Hygienekommission

Hier sind alle relevanten Bereiche durch eine beauftragte Person vertreten. Die gefassten Beschlüsse zu hygienischen Fragestellungen, die zum Teil auch externer Beratung bedürfen, werden von den Mitgliedern der Kommission in ihre Abteilungen verbreitet bzw. finden

Einzug in die Anweisungen des Hygieneordners.

Chefarztkonferenz / Jour fix

In den regelmäßigen Chefarztkonferenzen, die abwechselnd mit der Geschäftsführung als Jour fix stattfindet, steht zum einen Qualitätsmanagement explizit mit Anwesenheit der QMB des Hauses auf der Tagesordnung (z.B. Patientenbefragung, Externe Qualitätssicherung) zum anderen werden Prozessorganisation und zukünftige Entwicklungen der Kliniken und des Friederikenstifts allgemein besprochen.

Stationsleitungskonferenz

Die monatliche Stationsleitungskonferenz dient als ein zentrales Kommunikationsmedium im Pflegebereich. Hier werden organisatorische Angelegenheiten der Stationen und im Friederikenstift insgesamt diskutiert und einer Lösung zugeführt. Einen weiteren Bestandteil der Konferenz bildet ein aktueller Input, der neue Bestimmungen, institutionelle Veränderungen oder qualitätsrelevante Themen und Darstellungen zum Inhalt hat (z.B. Schmerzmanagement, Sturz- und Dekubitusstatistiken, Hygiene).

Klausurtagungen Ltd. Angestellte - Leitungen der Pflege

Jährliche Klausurtagungen der Leitenden Angestellten und Chefarzte greifen zum einen aktuelle und zukunftsweisende Themen auf, z. B. 2006: Personalmanagement, ambulant/stationäre Vernetzungen, Kommunikation, gesetzliche Reformen, und dienen zum anderen der interdisziplinären und Berufsgruppen übergreifenden Meinungsbildung und Kommunikation.

Die Klausurtagungen der leitenden Pflegenden greift ein qualitätsrelevantes Thema auf und bearbeitet dieses unter supervisorischer Moderation mit Vereinbarungen für die weitere Praxis im Sinne einer Zielorientierung. 2006 war das Thema der Klausurtagung der Stationsleitungen: "Mitarbeitergespräche führen" und der stellvertretenden Stationsleitungen: "Veränderungsmanagement".

Tumorkonferenz

In regelmäßigen Abständen wird eine interdisziplinäre Tumorkonferenz abgehalten, an der alle in die Behandlung von Tumorerkrankungen eingebundenen Disziplinen des Hauses ebenso beteiligt sind wie niedergelassene Onkologen. Unter Beachtung neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse und internationaler Leitlinien ermöglicht die Konferenz kurzfristig interdisziplinäre Therapieentscheidungen und gewährleistet zugleich eine effektive Qualitätskontrolle onkologischer Therapieverfahren.

In monatlichem Rhythmus wird ebenfalls in der Internen Klinik eine klinisch pathologische Konferenz einberufen, in der seltene Krankheitsbilder interdisziplinär besprochen werden und mit zytologischen und pathologischen Befunden korreliert werden. Sie gewährleistet einen hohen Qualitätsstandard und interdisziplinären Dialog auch in der Behandlung seltenerer Erkrankungen.

Patientenbefragungen

2005 und 2006 wurde jeweils eine Patientenbefragung mittels des gleichen Fragebogens durchgeführt. Es handelte sich um eine Stichpunkt-Befragung von einem Monat.

Hier wird die Vorgehensweise für die Befragung 2006 dargestellt:

Zielsetzung:

Erneute Überprüfung der Akzeptanz unseres Leistungs- und Serviceangebotes. Schaffung einer Basis, um unser Handeln zu reflektieren und ggf. Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten.

Durchführung:

Das Verfahren war nahezu analog zur Patientenbefragung 2005 mit folgenden Änderungen:

1. Zu Beginn der Befragung wurden weniger Fragebögen an die Stationen vergeben als in 2005. Die letzte Befragung hatte gezeigt, dass deutlich weniger Fragebögen an die Patienten ausgeteilt wurden, als vorhanden waren, so dass ein Überhang bestand. Statt 1780 (in 2005) wurden 1120 Stück an die Stationen verteilt. Trotzdem sollte jeder Patient in dem angegebenen Zeitraum einen Fragebogen erhalten. Die Stationen wurden zwischendurch angeschrieben, sich bei fehlenden Bögen (aber auch bei Überhang) im QM-Büro zu melden.
2. Die Bögen sollten noch im Krankenhaus von den Patienten ausgefüllt werden. 2005 hatten

die Patienten die Möglichkeit, die Fragebögen mit nach Hause zu nehmen und portofrei zurück zu senden.

Fragebogen:

Wir verwendeten erneut den Fragebogen und das dazugehörige Auswertungsinstrument der AOK: "Alles OK? Patientenzufriedenheitsbefragung".

Folgende Bereiche werden in dem Fragebogen abgefragt:

1. Organisation
2. Räumlichkeiten
3. Essen und Trinken
4. Unser Personal (aufgeteilt in ärztlichen, pflegerischen Bereich und Verwaltung)
5. Allgemeine Zufriedenheit
6. Patientenangaben

Ablauf:

Anhand der monatlichen durchschnittlichen Entlasszahl haben wir 1120 Fragebögen auf den Stationen verteilt. Die Stationen erhielten dazu eine Kurzanleitung:

Zeitraum: 01.03.06 - 28.03.06

1. Ab dem 01.03.06 erhält jeder deutschsprachige Patient am Tag vor der Entlassung einen Fragebogen mit der
2. Bitte, diesen noch im Hause auszufüllen und auf Station abzugeben.
3. Der ausgefüllte Bogen wird im verschlossenen Umschlag per Hauspost in den Postkasten der Poststelle in der Humboldtstr. "Qualitätsmanagement" gesteckt.
4. Am 28.03.06 werden die letzten Fragebögen verteilt.
5. Am 29.03.06 sollten die restlichen Fragebögen vom QM-Büro eingesammelt bzw. dorthin zurückgesendet werden (zwecks statistischer Erfassung).

Auswertung

Die ausgefüllten Fragebögen wurden im QM-Büro in das Auswertungs-Tool eingegeben. Dieses Tool der AOK wertete die eingegebenen Fragebögen unter den Überschriften der o.g. Fragenkomplexe für das gesamte Haus und auf Klinikebene aus.

Die Auswertung auf Stationsebene erfolgte gesondert im QM-Büro.

Freitextangaben wurden ebenfalls auf Stationsebene gruppiert.

Die Fragebögen wurden zum Teil nicht vollständig ausgefüllt. Ein großer Teil der Patienten hat weder Station noch Klinik oder nur Klinik oder Station angegeben, so dass auch dort, je nach Abfrage, die Menge der ausgewerteten Fragebögen variiert. Die Zahlenwerte wirken somit z.T. nicht stimmig in Bezug zu der Gesamtzahl der Bögen.

Rücklauf:

Februar / März	2005		2006	
Entlassene Patienten	1689		1534	
Ausgeteilte Fragebögen	857	= 50,74 %	773	= 50,39 %
Rücklauf	592	= 69,08 %	580	= 75,03 %
Anteil: Rücklauf / Entlassene		= 35,05 %		= 37,81 %

Aus den Befragungsergebnissen resultierende Ziele sind unter D 2 Qualitätsziele beschrieben.

Erfassung von Dekubiti (Druckgeschwüren)

Seit 2004 werden Dekubiti systematisch erfasst und ausgewertet.

Jeder Dekubitus gefährdete Patient wird mittels einer Risikokala eingeschätzt, wie hoch sein individuelles Risiko ist, ein Druckgeschwür zu bekommen. Entsprechende vorbeugende Maßnahmen werden ggf. eingeleitet.

Bereits bei der Aufnahme bestehende und trotz vorbeugender Maßnahmen erworbene Dekubiti werden erfasst und dokumentiert. Die Dokumentation dient der Auswertung und Reflexion, um zum einen im konkreten Fall Verbesserungsmöglichkeiten zu erkennen und

zum anderen zu eruieren, ob Teile des Gesamtprozesses der Dekubitusprophylaxe optimiert werden können. Diese Reflexion geschieht auf den Stationen, in der Stationsleitungskonferenz und in der Pflegedienstleitung.

Erfassung von Stürzen

Ebenfalls seit 2004 werden Stürze und deren Umstände systematisch erfasst und haben durch dasselbe Reflexionsvorgehen zunächst zu Einzelmaßnahmen geführt.

Die Statistiken dienen aber auch als Grundlage für die Umsetzung des Expertenstandards. Aufgrund der Kenntnis der Sturzumstände können gezielt vorbeugende Maßnahmen und Vorkehrungen getroffen werden.

Hygiene

Das Hygienemanagement liegt organisatorisch in den Händen des Ärztlichen Geschäftsführers, der den Vorsitz der Hygienekommission an einen Chefarzt delegiert hat. Die Hygienefachkraft des Hauses ist beratend tätig und nimmt an den Sitzungen der Hygienekommission teil. Diese Kommission tagt protokolliert, in regelmäßigen Abständen im Regelfall viermal im Jahr. Ihr gehören je ein beauftragter Arzt aus allen Fachabteilungen des Friederikenstifts und zwei Mitarbeiter der Pflegedienstleitung an. Eine Beratung findet durch das niedersächsische Landesgesundheitsamt statt. In einem 2005/2006 vollständig überarbeiteten Hygieneordner, der allen betroffenen Kliniken, Stationen und Abteilungen zur Verfügung steht sind alle wesentlichen hygienischen Regelungen in Anlehnung an die Empfehlungen des Robert Koch Instituts enthalten.

Bei Fehlverhalten oder Mängeln wird die Hygienefachkraft verständigt, die entsprechende Maßnahmen einleitet.

Fortbildungen zu hygienerelevanten Themen werden durchgeführt. Die Hygienefachkraft ist ständiges Mitglied der Stationsleitungskonferenz und wird zu konkreten Fragestellungen auch in andere Sitzungen eingeladen.

Auswertungen Infektionen, die durch das Friederikenstift an die zuständigen Stellen gemeldet werden, erhält der Ärztliche Geschäftsführer bzw. die Hygienefachkraft. Auffälligkeiten werden in der Hygienekommission besprochen und ggf. Maßnahmen ergriffen.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Folgende ausgewählte ausführlicher beschriebenen Projekte sind in den Jahren 2005 / 2006 entwickelt. maßgeblich bearbeitet bzw durchgeführt worden.

Schmerzmanagement

Eine unzureichende Schmerzbehandlung kann bei den Betroffenen zu physischen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen führen. Darüber hinaus kann es zu schmerzbedingten Komplikationen kommen, die eine Verweildauerverlängerung oder eine Chronifizierung der Schmerzen zur Folge haben und somit deutlich mehr Kosten im Gesundheitswesen verursachen.

Aus diesem Grund ist ein frühzeitig eingeleitetes Schmerzmanagement entscheidend, um die Betroffenen bei ihrem Genesungsverlauf zu unterstützen.

Den Pflegenden kommt, bedingt durch die Nähe zu den Patientinnen und Patienten eine besondere Rolle bei der Schmerzbehandlung zu. Ihre Aufgabe ist es im Rahmen des Schmerzmanagements, Frühzeichen des Schmerzes zu erkennen und abgestimmte Therapien zu koordinieren oder durchzuführen. Die Voraussetzung dafür ist eine aktuelle systematische Schmerzeinschätzung und Verlaufskontrolle mit Hilfe von Einschätzungsinstrumenten sowie eine adäquate Dokumentation. Frühzeitige Schulungen und Beratungen der Betroffenen und ggf. ihrer Angehörigen unterstützen die Selbstkompetenz und wirken sich somit positiv auf den Verlauf aus. Durch Verfahrensregelungen und eine interdisziplinäre Kooperation der Berufsgruppen und Einrichtungen können Fehlbehandlungen vermieden werden.

Um zukünftig den Patientinnen und Patienten im Friederikenstift einen möglichst schmerzfreien Krankenhausaufenthalt ermöglichen zu können, möchten wir ein, auf unsere Einrichtungen abgestimmtes Schmerzmanagement einführen.

Einigen von Ihnen ist vielleicht bereits bekannt, dass sich ein multiprofessioneller Qualitätszirkel zusammengefunden hat, um Leitlinien für die Umsetzung eines Schmerzmanagements in unserem Haus zu erarbeiten. Um die Kooperation unter den Berufsgruppen, Kliniken und Einrichtungen zu fördern und um ein Konzept erstellen zu können, das sowohl für den operativen- und konservativen Bereich, den ambulanten Anbietern und der Ausbildung gerecht wird, sind Mediziner wie auch Pflegende unterschiedlicher Abteilungen, die Gesundheits- und Krankenpflegeschule, die Physiotherapie, die ambulante Pflege, der ambulante Palliativdienst und das Hospiz in dem Qualitätszirkel Schmerzmanagement vertreten.

Als Grundlage zur Erstellung des hauseigenen Konzeptes diente der Expertenstandard "Schmerzmanagement in der Pflege", herausgegeben vom Deutschen Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP). Die Entwicklung dieses nationalen Expertenstandards wurde vom Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung im Rahmen des Modellprogramms zur Förderung der medizinischen Qualitätssicherung gefördert. Das Ziel des Expertenstandards "Schmerzmanagement in der Pflege" ist, jedem Patienten mit akuten oder tumorbedingten Schmerzen sowie zu erwartenden Schmerzen ein angemessenes Schmerzmanagement, das dem Entstehen von Schmerzen vorbeugt, sie auf ein erträgliches Maß reduziert oder beseitigt, zukommen zu lassen. Um diesem Ziel in unseren Einrichtungen gerecht werden zu können, galt es verbindliche Regelungen zu erarbeiten. Mittlerweile existieren eine

- Verfahrensanweisung zum Schmerzmanagement
sowie Arbeitsanweisungen
- zur Schmerzbehandlung im Aufwachraum,
- bei perioperativem Schmerz auf der Station und
- bei chronischen Schmerzen, zu denen auch der tumorbedingte Schmerz gehört.

Gemeinsam mit der Physiotherapie wurde

- eine Arbeitsanweisung zur nichtmedikamentösen Schmerztherapie verfasst, die den Betroffenen zusätzlich zur Linderung von Schmerzen im Alltag verhelfen soll. Mit der Einführung von Schmerzskalen versprechen wir uns, mit Patientinnen und

Patienten sowie mit anderen Berufsgruppen, eine gemeinsame Sprache in Bezug auf die Schmerzstärke zu finden. Die bisherigen Erfahrungen während eines achtwöchigen Pilotprojektes auf der gynäkologischen Station zeigen, dass nur wenige Patientinnen Schwierigkeiten im Umgang mit der Messskala hatten, die meisten profitierten von der dadurch frühzeitig erkannten Schmerzsituation. Um die Schmerzen besser dokumentieren zu können, sind unwesentliche Veränderungen im Dokumentationssystem vorgenommen worden.

Ausblick

Nachdem das Pilotprojekt Schmerzmanagement auf der Gynäkologie beendet ist, wird die Station das Konzept weiterhin fortführen. Patientenbefragungen haben deutlich gezeigt, dass die Betroffenen sich in ihrer Schmerzsituation sehr ernst genommen gefühlt haben und die Schmerzen deutlich reduziert oder sogar ausgeschaltet werden konnten. Nach und nach sollen auch andere Kliniken Schulungen zum Schmerzmanagement erhalten, damit immer mehr Patientinnen/Patienten und Mitarbeitinnen/Mitarbeiter von dem hauseigenen Schmerzmanagement profitieren können.

Das erklärte Ziel des Friederikenstiftes ist, zukünftig zu den Kliniken zu gehören, die sich "Schmerzfrees Krankenhaus" nennen dürfen.

Sr. Diane Heckert (Projektleitung Schmerzmanagement)

Entlassungsmanagement

Hintergrund für die Entwicklung des nationalen Expertenstandards

"Entlassungsmanagement" war Erkenntnisse, dass die Prozesse des Übergangs vom stationären Krankenhausaufenthalt in die ambulante oder stationäre Weiterversorgung sehr verbesserungsbedürftig sind.

Zur Konkretisierung des Standards für das Friederikenstift kam nach Vorbereitungen durch den Sozialdienst und die Pflegedienstleitung ein Qualitätszirkel bestehend aus Vertretern der Pflege, des Sozialdienstes, aus niedergelassenen Arztpraxen, aus einem Altenheim, von einem ambulanten Pflegedienst zusammen und benannte regelungsbedürftige Sachverhalte. Ziel sollte sein, einen für den Patienten reibungslosen Übergang zu organisieren, bei dem die unterschiedlichen Beteiligten Hand in Hand arbeiten.

Zuvor war hausintern die Entscheidung getroffen worden, das Case-Management unter der Gesamtverantwortung des Arztes und unter der Regie des Sozialdienstes zu belassen, da damit sehr gute Erfahrungen gemacht worden waren. Die im Expertenstandard geforderten pflegebezogenen Anteile sollten vom Pflegebereich beigesteuert werden.

Aus den erhaltenen Anforderungen und Informationen wurde ein Verfahrensablauf beschrieben und zusätzlich für die Pflege ein Einschätzungsinstrument entwickelt, um bereits zu Beginn des stationären Aufenthaltes einzuschätzen, ob nach der Entlassung ein Unterstützungsbedarf zu erwarten sein wird. 24 Stunden vor der geplanten Entlassung soll dann noch einmal überprüft werden, ob all die Dinge, die während des Krankenhausaufenthaltes organisiert worden sind, auch noch dem tatsächlichen Versorgungsbedarf entsprechen oder eventuell angepasst werden müssen.

Die abschließende Begutachtung der Verfahrensbeschreibung durch die beteiligten Kliniken und Abteilungen sowie die Schulungen fanden 2006 statt, so dass die konkrete Umsetzung zum 01.10.2006 starten konnte. Insbesondere die Überprüfung 48 Stunden nach der Entlassung durch den Sozialdienst, ob alles "geklappt" hat, wird Erkenntnisse für weitere Verbesserungen bringen. Eine Überprüfung des Verfahrens ist für 2007 geplant.

Reorganisation Arbeits- und Dienstzeiten im ärztlichen Bereich

Mit dem Ziel, im Jahr 2006 durch Umstrukturierungen von Arbeits- und Dienstzeiten im ärztlichen Bereich dem europäischen Arbeitszeitrecht zu genügen, wurden bereits im Jahr 2005 umfangreiche diesbezügliche Analysen durchgeführt. Hieraus ergaben sich für die einzelnen Kliniken Neustrukturierungen, die mit entsprechenden Aufstockungen an Stellen einhergingen.

Organisationsanalyse und flexible leistungsorientierte Arbeitszeit im Pflegebereich

Zur Umsetzung leistungsorientierter und flexibler Arbeitszeiten unterzog sich der gesamte Pflegebereich einer Organisationsanalyse durch eine externe Unternehmensberatung.

Daraus wurde das Pilotprojekt entwickelt, unter Beteiligung der betreffenden Stationsleitungen der Unfallchirurgischen Stationen und der Zentralen Notaufnahme in der Humboldtstraße sowie der Stationen in Bad Münde Hachmühlen, Arbeitszeiten zu entwickeln, die es ermöglichen, Arbeitsspitzen zu bewältigen und bei weniger Arbeitsanfall entsprechend reagieren zu können.

Die in 2005 entwickelten Pilotprojekte sollten in 2006 starten und werden evaluiert und dann auf weitere Stationen ausgedehnt.

Ethikkomitee:

"In Würde sterben"

Häufig stellt sich Patienten und Angehörigen, Ärzten und Pflegenden die Frage, ob im Fall der Fälle eine Wiederbelebung eines Patienten eingeleitet werden soll oder nicht. Diese Frage stellt sich natürlich nur, wenn es sich um eine in jeder Hinsicht "aussichtslose" Situation handelt. Um allen Beteiligten eine Hilfestellung bei der Beurteilung derartiger Situation zu geben und damit unserem Leitbildanspruch nach umfassender Fürsorge für Patienten, Angehörige und Mitarbeitende gerecht zu werden, hat sich zunächst eine Arbeitsgruppe im Ethikkomitee intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt. Sie haben sich Empfehlungen anderer Krankenhäuser angesehen, die Gegebenheiten im Friederikenstift berücksichtigt und einen Entwurf für die Empfehlung erarbeitet, der in den wichtigen Gremien des Hauses diskutiert und entsprechend angepasst wurde.

Die Empfehlung versucht alle Aspekte aufzuzeigen, die für die Klärung, ob im konkreten Fall eine Wiederbelebung angezeigt ist oder der Tod als Ende des Sterbeprozesses akzeptiert werden muss, wichtig sind. Alle Beteiligten sollen sich ein umfassendes Bild von der Situation machen können.

Wenn alle Aspekte berücksichtigt wurden steht dem behandelnden Arzt ein Formular zur Verfügung, auf dem er den abgelaufenen Kommunikationsprozess und die -ergebnisse dokumentiert.

Ethische Fallbesprechung:

Immer häufiger werden Fragen nach dem Sinn verschiedener medizinischer, pflegerischer oder anderer Maßnahmen gestellt. Daher hat sich ein Arbeitsgruppe des Ethikkomitees mit dem Thema der Moderation von ethischen Fallbesprechungen auseinandergesetzt und ein Verfahren zur Beantragung und Durchführung für das Friederikenstift entwickelt. Parallel wurden Personen für die entsprechende Moderation qualifiziert.

Meistens handelt es sich bei den Fällen um Situationen am Lebensanfang und am Lebensende.

Unterschiedliche Sichtweisen von Patienten, Ärzten, Pflegenden, Angehörigen und anderen Beteiligten können Entscheidungsfindungen oder das Verständnis für getroffene Entscheidungen erschweren und man fragt sich:

- Um wessen Willen geht es hier?
- Was ist hier richtig?
- Wem schadet das?
- Was dürfen wir?
- Was will der Patient, was ist in seinem Sinn?
- Wem nützt das?
- Was wäre hier gerecht?
- Was bringt es - was kostet es?

Bei diesen Fragestellungen soll eine gezielte Moderation dazu beitragen, eine Analyse ethischer Konflikte fallbezogen und unter Berücksichtigung unterschiedlicher Perspektiven zu ermöglichen.

Ethische Fallbesprechungen sollen sowohl bei der Entscheidungsfindung als auch beim Verstehen von Situationen und Entscheidungen hilfreich sein.

Vorab wird geklärt, ob es sich um eine ethische Fragestellung oder vielleicht eher um eine seelsorgerliche, zwischenmenschliche oder andere Problematik handelt, die dann entsprechend auf anderem Wege geklärt werden sollte.

Beantragen können eine ethische Fallbesprechung

- Ärzte, Pflegende und Mitarbeiter aus allen anderen Bereichen
- Patienten
- Angehörige

Diese Fallbesprechungen sind nicht vorgehen für:

- das Urteilen über Entscheidungen
- die Übernahme der Verantwortung für Entscheidungen
- das Lösen von Teamkonflikten oder Kommunikationsproblemen
- die Übernahme von Führungsaufgaben
- als Supervision

Erstversorgungs Krankenhaus Friederikenstift

Um für mögliche Notfälle mit einer großen Menge an Schwerstverletzten in Hannover vorbereitet zu sein, wurde im Rahmen der Fußballweltmeisterschaft eine Großübung in der AWD Arena durchgeführt, bei der unter Anderen das Friederikenstift, neben MHH, Nordstadt Krankenhaus und Henriettenstiftung, als Erstversorgungs Krankenhaus beteiligt war. Unter der Leitung des Chefarztes der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Prof. Lill, und der Organisation seines Mitarbeiters, Dr. Wolf, wurde in einer eigens im Friederikenstift eingerichteten Kommission wöchentlich getagt, um sich auf alle Eventualitäten der Großübung vorzubereiten. 450 freiwillige "Verletzte" wurden entsprechend geschminkt und allein im Friederikenstift standen 120 freiwillige Mitarbeitende zur Verfügung. Verschieden Szenarien mit Verletzten waren zu meistern.

Am Ende wurde vom damaligen Dezernenten des Oberbürgermeisters, Stephan Weil, heute selber Oberbürgermeister, Zufriedenheit über die Ergebnisse geäußert und insbesondere die beeindruckende Atmosphäre im Friederikenstift hervorgehoben.

Palliativzentrum

Auch wenn die Ursprünge dieses Zentrums weit zurück reichen sind die Jahre 2006-2007 für den Abschluss des Projekts und damit für den Übergang in die Routine sehr entscheidend. Nach der Gründung der "Friederikenstift Krankenpflege GmbH" 1996, der Inbetriebnahme des Hospizes gemeinsam mit der Henriettenstiftung (2000), dem Aufbau des ambulanten Palliativ-Dienstes (2002), der Ermöglichung der Palliativeinheit auf einer Station (2004) konnten im Jahr 2006 die Bauarbeiten an der Palliativstation mit acht Betten beginnen. Ebenfalls findet 2006 der "1 Hannoversche Basiskurs für Palliativmedizin" des Palliativzentrums Friederikenstifts statt.

Palliativdienst, amb. Pflegedienst, Hospiz, Palliativstation, Konsiliardienst sowie Fort- und Weiterbildung bilden nun das Zentrum für Palliativmedizin.

Da Land Niedersachsen finanziert derartige Stützpunkte, die als eine Konsequenz eines Gutachtens im Auftrag des Landes Niedersachsen zu sehen sind.

Neben den oben genannten Angeboten können Patienten mit lebensbedrohlichen nicht mehr heilbaren Krankheiten im stationären Umfeld Linderung ihrer Beschwerden und Schmerzen, Verbesserung ihrer Lebensqualität und weitere Unterstützung in einer wohlthuenden Atmosphäre erhalten

Umbau: Intensiv-Stationen - Einrichtung: Intermediate Care Station

Im April 2008 beginnt der lange geplante Umbau für die neu gestaltete interdisziplinäre Intensivstation mit 13 Intensivbehandlungsplätzen.

Das Herzstück bildet die Stationszentrale, im Zentrum der winkelförmigen Station gelegen. Der bislang nur eingeschränkt vorhandene Wartebereich für Angehörige wird ausgebaut und bietet, gerade auch in den oftmals schwierigen Lebenssituationen, eine entsprechende Aufenthaltsmöglichkeit.

Die beiden, vormals separat betriebenen Intensivstationen werden neben der räumlichen Verbindung nun auch organisatorisch zusammengelegt. Hierdurch wird eine optimierte Nutzung und Verteilung der Intensivbetten möglich, Doppelvorhaltungen können vermieden werden.

Ergänzt wird die Intensivpflege durch die Eröffnung von Intermediate Care (IMC) Betten, um

eine Versorgungstufe zwischen Intensivstation und Allgemeinpflegestation zu schaffen. Während der Umbauphase, die mit einem Jahr Bauzeit veranschlagt wurde, wird die Intensivstation auf der neu geschaffenen Intermediate Care Station betrieben. Dort stehen dann neben 13 Intensivbetten auch 6 IMC Betten zur Verfügung.

Nach dem Rückzug der Intensivstation in den ursprünglichen Bereich steht im Diakoniekrankenhaus Friederikenstift dann eine Station mit 23 Überwachungsbetten, inkl. Stroke Unit Einheit zur Verfügung. Hier können alle überwachungspflichtigen Patienten zentral versorgt werden

Zentrenbildung:

Muskuloskeletales Zentrum

Zusammen mit Annastift und Henriettenstiftung hat das Friederikenstift ein Muskuloskeletales Zentrum gebildet, in dem sowohl die Standardversorgung gewährleistet wird aber auch Spezialgebiete von Erkrankungen des Bewegungsapparates behandelt werden.

Durch die Bildung dieses Zentrums

- haben die Patienten kürzere Weg,
- es werden Synergien in Bezug auf Wissen, Personal und Medizintechnik genutzt,
- die ohnehin schon hochwertige Versorgung in der Unfallchirurgie, Orthopädie und Handchirurgie wird auf hohem Niveau erweitert.
- wird die Facharztweiterbildung für Orthopädie und Unfallchirurgie sichergestellt.

Wirbelsäulenzentrum

Ebenfalls die o.g. drei Diakonischen Einrichtungen Hannover haben ein Wirbelsäulenzentrum gegründet.

In diesem Zentrum werden die verschiedenen Aktivitäten der Fachabteilungen gebündelt und durch einen wissenschaftlich begleiteten Entwicklungsprozess optimiert. Ziel ist die Einrichtung eines überregionalen Kompetenzzentrums zur Behandlung von Wirbelsäulenerkrankungen.

Hauptsächlich betrifft diese Zentrenbildung die Disziplinen: Orthopädie, Neurochirurgie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Neurologie und Radiologie. Allerdings unterstützen auch die fachlich benachbarten Disziplinen der diakonischen Einrichtung die Arbeit des Zentrums.

Weitere abgeschlossene bzw. laufende Projekte und qualitätsrelevante Aktionen:

- Berufsgenossenschaftliches Behandlungszentrum am Friederikenstift
Servicezentrum der Berufsgenossenschaften für die Primär- und Sekundärversorgung von Unfallverletzten
Berufliche und medizinische Rehabilitation in Bad Münder Hachmühlen
Beteiligung diverser Kliniken., der ambulanten Dienste (Zentrale des Zentrums) und Rehabilitation des Friederikenstifts und der Klinik Kiefer-, Mund und Gesichtschirurgie an der Henriettenstiftung
- Verleihung des Siegels verlässlich offene Kirche
- Präsentation aller Abteilungen beim Tag der offenen Tür
- Klausurtagungen stellvertretender Stationsleitungen und der Pflegedirektion zur Fehler und Beschwerdekultur
- Mitarbeit in Qualitätszirkeln und Arbeitsgruppen zum Aufbau und zur Bildung von Strukturen in der Holding "Diakonische Dienste Hannover"
- Reorganisation des hausinternen Krankentransports
- Anpassung der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflegeschule an die neuen rechtlichen Bestimmungen unter Schärfung des diakonischen Profils
- Implementierung regelmäßiger innerbetrieblicher Fortbildungen im ärztlichen Bereich
- Überarbeitung des Hygieneorders

- Qualitätszirkel:
 - Interne Verlegungen
 - Beschwerdemanagement
 - Ambulantes Operieren
 - Patientenbefragung incl. Stellungnahmen und Verbesserungsaktionen
 - Neue Internetpräsentation

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Das Krankenhaus hat sich im Berichtszeitraum an folgenden Maßnahmen zur Bewertung von Qualität bzw. des Qualitätsmanagements beteiligt (Selbst- oder Fremdbewertungen):

1. Selbst und Fremdbewertung

Aufgrund unserer Wurzeln, Werte und der konfessionellen Trägerschaft entschlossen wir uns, unser Qualitätsmanagement nach proCum Cert incl. KTQ® (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) prüfen zu lassen, um dann ggf. ein Zertifikat zu erhalten.

Das Besondere an einer Zertifizierung nach proCum Cert incl. KTQ® besteht darin, dass zum Einen die Überprüfung nach KTQ® (Prüfverfahren für Krankenhäuser allgemein) vorgenommen wird und zum Anderen durch die zusätzlichen bzw. vertiefenden Anteile von proCum Cert Inhalte überprüft werden, die für Qualität eines konfessionellen Krankenhauses stehen. Hierfür stehen ganz besonders zu erfüllenden Kriterien zur "Verantwortung des Trägers", zur "Verantwortung gegenüber der Gesellschaft", zu Fragen der "Seelsorge und deren Einbindung im Krankenhausgeschehen" und zur "Spiritualität".

Spiritualität umfasst dabei alle Bereiche, die sich auf die Verwirklichung des christlichen Glaubens in konkreten Lebenssituationen und -bedingungen beziehen.

Die Voraussetzungen für die Vergabe eines Zertifikats sind:

- Erreichen einer Mindestprozentzahl als Ergebnis der Selbst- und Fremdbewertung
- Teilnahme an den externen Qualitätssicherungsverfahren nach dem SGB V
- Veröffentlichung des KTQ - Qualitätsberichtes

Die Prüfung erfolgt zunächst in einer Selbstbewertung durch das Krankenhaus im Sinne einer Ist-Erhebung. Ergibt sich hieraus, dass ein Erreichen der erforderlichen Punktzahl wahrscheinlich oder gegeben ist, kann bei bestimmten Zertifizierungsstellen (in unserem Fall bei proCum Cert) ein Antrag gestellt werden, eine Fremdbewertung folgen zu lassen. Hierfür stehen eigens geschulte und akkreditierte Visitoren zur Verfügung, die vorgeschriebene Qualifikationen nachweisen und aktiv in einem Krankenhaus in leitende und/oder qualitätsrelevante Position tätig sein müssen.

Die Zertifizierungsstellen wählen aus diesem Pool der Visitoren jeweils einen Vertreter des ärztlichen, pflegerischen und verwaltenden Bereiches aus und schließen einen Vertrag mit dem jeweiligen Visitor ab. Mit einem Begleiter der Zertifizierungsstelle bilden diese das Visitorteam.

Kernstück der Visitation bilden die Begehung des Krankenhauses und die "kollegialen Dialoge". Letztere ergeben sich aus dem Studium der Selbstbewertung des Krankenhauses durch die Visitoren. Diese entwickeln Fragestellungen und formulieren den Bedarf an Klärungen, Gesprächen und Dokumenteneinsicht vor der Visitation und geben dieses der Zertifizierungsstelle bekannt.

Die Visitoren prüfen durchgehend als Team und führen die Gespräche während der mehrtägigen vorstrukturierten Visitation mit Kollegen des Krankenhauses.

Die Prüfung erstreckte sich auf folgende Kategorien:

1. Patientenorientierung im Krankenhaus (KTQ® und proCum Cert)

(Aufnahme, Ersteinschätzung und Planung der Behandlung, Versorgung, Entlassung, Verlegung, Weiterbetreuung)

2. Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung (KTQ® und proCum Cert)

(Personalplanung und -entwicklung, Integration, Sozialkompetenz)

3. Sicherheit im Krankenhaus (KTQ®)

(Gewährleistung, Hygiene, Bereitstellung von Materialien)

4. Informationswesen (KTQ®)

(Patientendaten, Informationsweiterleitung, Technologie)

5. Krankenhausführung (KTQ® und proCum Cert)

(Leitbild, Führungskräfte, Wirtschaftlichkeit und Christlichkeit, Bewertung, Ziele, Effizienz, Erfüllung ethischer Aufgaben)

6. Qualitätsmanagement (KTQ®)

(Umfang, System, Sammlung und Analyse)

7. Spiritualität und Kirchlichkeit (proCum Cert)

(Patientenbegleitung, spirituelle Berufsbegleitung, Seelsorge, Bezug zur Kirche)

8. Verantwortung gegenüber der Gesellschaft (proCum Cert)

(Bildungsauftrag, Vernetzung, Umweltschutz, Forschung und Entwicklung)

9. Trägerverantwortung (proCum Cert)

(Versorgungsauftrag, Vorgaben zu Unternehmensführung, Prägung der Einrichtung)

Nach der dreitägigen Visitation im November 2003 sind wir von den zwei Visitationsteams der Zertifizierungsgesellschaft proCum Cert zur Zertifizierung vorgeschlagen worden.

Während der drei Tage waren viele Mitarbeiter an den kollegialen Dialogen und Begehungen beteiligt und haben vor Ort zu Fragen der Visitoren Stellung genommen.

Im Januar 2004 wurde dem Friederikenstift in einem feierlichen Rahmen das Zertifikat überreicht.

Im Jahr 2006 haben wir erneut eine Selbstbewertung vorgenommen und uns im November 2006 wiederum der Fremdbewertung nach proCum Cert incl. KTQ® unterzogen und wurden im Januar 2007 rezertifiziert.



Zertifizierungsgesellschaft

ZERTIFIKAT

Die **proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft** und die
Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
GmbH

verleihen dem



Diakoniekrankenhaus Friederikenstift gGmbH

Marienstraße 37 Humboldtstraße 5 Am Deisterbahnhof 8
30171 Hannover 30169 Hannover 31848 Bad Münder

das

proCum Cert – KTQ - Zertifikat

auf der Basis des proCum Cert-Kriterienkataloges
inklusive des KTQ-Kataloges in der Version 5.0

In dem Visitationsbericht Nr. 2006-HANN-11-E-00164 der proCum Cert GmbH wurde
nachgewiesen, dass das Qualitätsmanagementsystem des Krankenhauses in
besonderer Weise den Kriterien des KTQ- und proCum Cert-Verfahrens entspricht.

Gültigkeitsdauer: 08.01.2010
Registrier-Nr.: 2006-0006-HANN-11-E-00164
Datum der Ausstellung: 09.01.2007

Clemens Gättinger
Geschäftsführer der proCum Cert GmbH

Anerkannt durch die KTQ-GmbH:

Dr. rer. pol. Martin Walger
Vorsitzender des Gesellschafter-
ausschusses der KTQ-GmbH

Dipl. Pflegewirtin (FH) Gesine Dannenmaier
Geschäftsführerin der
KTQ-GmbH

Dr. med. Günther Jonitz
Vorsitzender der Gesellschafter-
versammlung der KTQ-GmbH