

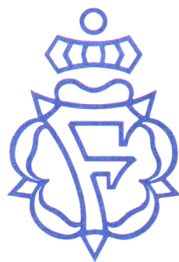
Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V

für das

Berichtsjahr 2008

**Diakoniekrankenhaus
Friederikenstift gGmbH**



Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
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	7
A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie.....	8
A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses	8
A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses	10
A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses	11
A-12 Anzahl der Betten im Krankenhaus nach §108/109 SGB V.....	12
A-13 Fallzahlen des Krankenhauses	12
A-14 Personal des Krankenhauses	12
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen.....	14
B-1 Allgemein-, Visceral- und Gefäßchirurgie	14
B-2 Gynäkologie	19
B-3 Geburtshilfe.....	25
B-4 Handchirurgie und Plastische Chirurgie	30
B-5 Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	37
B-6 Urologie.....	44
B-7 Zentrum für Innere Medizin	52
B-8 Endoskopie.....	59
B-9 Neurologie	62
B-10 Neurochirurgie.....	68
B-11 Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	73
B-12 Strahlenheilkunde	77
B-13 Anästhesie- und Intensivmedizin.....	81
B-14 Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie	84
C Qualitätssicherung	88
C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach §137 Abs.1 Satz 3 Nr.1 SGB V (BQS-Verfahren)	88
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß §112 SGB V.....	88
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	88
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	88
C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V.....	89
C-6 Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] („Strukturqualitätsvereinbarung“).....	89
D Qualitätsmanagement.....	90
D-1 Qualitätspolitik.....	90
D-2 Qualitätsziele.....	92
D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	94

Qualitätsbericht 2008 Diakoniekrankenhaus Friederikenstift gGmbH

D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	97
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte	104
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	110

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 Unternehmensgruppe zusammengeschlossen. Die Diakonischen Dienste Hannover gGmbH (DDH) bestehen aus den Einrichtungen des Annastiftes, des Friederikenstiftes und der Henriettenstiftung.

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 wurde nach DIN ISO 9001 zertifiziert, die Henriettenstiftung nach KTQ und das Friederikenstift nach KTQ und proCum Cert.

Inzwischen ist die Einführung eines *gemeinsamen* Qualitätsmanagements und die *gemeinsame* Zertifizierung der DDH-Betriebe in Vorbereitung. Im Verbund wollen wir uns in der gemeinsamen Qualitätsentwicklung gegenseitig unterstützen. Dazu zählen die Betriebe aus den folgenden Bereichen:

- Krankenhäuser
- Ambulante Pflegedienste
- Ambulanter Palliativdienst
- Reha-Einrichtungen
- Uhlhorn Hospiz
- Altenhilfe
- Behindertenhilfe
- Schulen
- Akademie
- MVZ

Unser Ziel ist es, in allen Einrichtungen der DDH eine hohe Qualität der Leistungserbringung zu gewährleisten und das diakonische Profil weiter zu stärken. Bis zur gemeinsamen Zertifizierung im Jahre 2012 verfolgt jeder Betrieb weiterhin sein Qualitätsmanagement auf der Basis seiner bisherigen Standards.

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



Dr. Utz Wewel
Sprecher der DDH Geschäftsführung



Einleitung

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

wir freuen uns über Ihr Interesse am Diakoniekrankenhaus 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 weitere 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 vor. Das Qualitätsmanagement im Friederikenstift wurde 2006 erneut der Prüfung durch externe Experten unterzogen und nach proCum Cert (pCC) und KTQ rezertifiziert. Für 2010 bereiten wir uns auf die Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2008 und pCC vor.

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

Die Geschäftsführung 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 freundlichem Gruß

Mathias Winkelhake
Kaufmännischer Geschäftsführer
(Vorsitzender der Geschäftsführung)

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
E-Mail: 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



Organigramm Diakoniekrankenhaus Friederikenstift



Stabsstellen werden in den Organigrammen der einzelnen Geschäftsführungen aufgeführt

Stand: 18.05.09

Zum Diakoniekrankenhaus Friederikenstift gGmbH gehören in Hannover die Krankenhäuser in der Humboldtstraße 5 und in der Marienstraße 37 sowie die Berufsgenossenschaftliche Sonderstation für Schwerunfallverletzte in Bad Münden/Hachmühlen. Eng in die Versorgung unserer Patienten eingebunden sind die Friederikenstift Reha GmbH, die Friederikenstift Krankenpflege GmbH mit ihrem ambulanten Palliativdienst, die Schwesternschaft, eine moderne, evangelische Gemeinschaft von über 500 Frauen sowie die Uhlhorn Hospiz GmbH.

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
- Strahlentherapie
- 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; Hand- und Plastische Chirurgie des Friederikenstifts; Unfall- und Wiederherstellungschirurgie der Henriettenstiftung

Traumazentrum (VS05)	
Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind	Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie; Klinik für Hand- und Plastische Chirurgie

Tumorzentrum (VS06)	
Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind	Innere Medizin Frauenklinik Urologie Neurologie

Ambulantes OP-Zentrum (VS12)	
Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind	Alle operativen Fachgebiete sind eingebunden

Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie (VS35)	
Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind	Versorgung von Patienten aus allen Fachgebieten

Polytraumaversorgung (VS37)	
Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind	Überregionales Zentrum und Schwerpunktbehandlung von BG-Patienten

Palliativzentrum (VS34)	
Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind	Alle Kliniken des Diakoniekrankenhauses Friederikenstift
Schlaganfallzentrum (VS03)	
Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind	Neurologie
Wirbelsäulenzentrum (VS44)	
Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind	Neurochirurgie; Unfallchirurgie; Orthopädie
Prostatazentrum (VS38)	
Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind	Urologie; Strahlentherapie; Radiologie; Nuklearmedizin; Physiotherapie; Sozialdienst
Kommentar / Erläuterung	Zertifiziert 2009

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Atemgymnastik/-therapie (MP04)

Beratung/Betreuung durch Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen (MP07)

Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden (MP09)

Bewegungstherapie (MP11)

Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen (MP13)

Diät- und Ernährungsberatung (MP14)

Entlassungsmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege (MP15)

Ergotherapie/Arbeitstherapie (MP16)

Manuelle Lymphdrainage (MP24)

Massage (MP25)

Medizinische Fußpflege (MP26)

Physikalische Therapie/Bädertherapie (MP31)

Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie (MP32)

Schmerztherapie/-management (MP37)

Spezielles pflegerisches Leistungsangebot (MP42)

Stomatherapie/-beratung (MP45)

Wärme- und Kälteanwendungen (MP48)

Wundmanagement (MP51)

Ethikberatung/Ethische Fallbesprechung (MP58)

Bewegungsbad/Wassergymnastik (MP10)

Sozialdienst (MP63)

Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen (MP66)

Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege (MP68)

A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

Besuchsdienst/„Grüne Damen“ (SA39)

Bibliothek (SA22)

Cafeteria (SA23)

Dolmetscherdienste (SA41)

Empfangs- und Begleitsdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen (SA40)

Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl) (SA20)

Kiosk/Einkaufsmöglichkeiten (SA28)

Kirchlich-religiöse Einrichtungen (SA29)

Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen (SA30)

Kostenlose Getränkebereitstellung (SA21)

Kulturelle Angebote (SA31)

Maniküre/Pediküre (SA32)

Parkanlage (SA33)

Seelsorge (SA42)

Schwimmbad/Bewegungsbad (SA36)

Abschiedsraum (SA43)

Beschwerdemanagement (SA55)

Diät-/Ernährungsangebot (SA44)

Getränkeautomat (SA46)

Nachmittagstee/-kaffee (SA47)

Sozialdienst (SA57)

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-11.1 Forschungsschwerpunkte

- **Neurologie:**
 - o Medikamentenstudien zur Multiplen Sklerose
 - o Posturografisch computergestützte Untersuchung von Patienten mit neurologisch bedingten Bewegungsstörungen

- **Frauenklinik:**
 - o Onkologie (Succes, Ovar11. EC-DOC)
 - o Referenzklinik für das Robert-Koch Institut in Berlin bezüglich der Infektionsstatistik bei Sektionen

- **Hand- und Plastische Chirurgie**
 - o Charakterisierung und Modulation der TGF- β -abhängigen Fibroseinduktion bei plastisch-chirurgischen und handchirurgischen Erkrankungen (Gemeinschaftsprojekt mit der Abteilung für molekulare Fibroseforschung der Universität Heidelberg/Mannheim, Prof. Dr. rer. Nat. Steven Dooley)

- **Unfall- und Wiederherstellungschirurgie:**
 - o proximale Humerusfrakturen, distale Radiusfrakturen, Wirbelsäulenverletzungen, osteoporotische Frakturen

- **Zentrum für Innere Medizin**
 - o CAP-Studie (community aquired pneumonia) der Medizinischen Hochschule Hannover

A-11.2 Akademische Lehre

Dozenten/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen (FL02)

Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten (FL01)

Studentenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) (FL03)

Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale (FL08)

Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien (FL07)

Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten (FL04)

Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien (FL05)

Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien (FL06)

A-11.3 Ausbildung in anderen Heilberufen

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin (HB01)

Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA) (HB07)

Sonstiges (HB00)

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

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

Betten: 456

A-13 Fallzahlen des Krankenhauses

Vollstationäre Fallzahl: 19082

Ambulante Fallzahl:

- Fallzählweise: 30910

- Quartalszählweise: 30181

- Patientenzählweise: 27151

- Sonstige Zählweise:

A-14 Personal des Krankenhauses

A-14.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	155,4	
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	81,6	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	10,0	
Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	1,0	Medizincontrolling und Qualitätsmanagement

A-14.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	251,6	3 Jahre	Zusätzlich zu den auf den Stationen eingesetzten Gesundheits- und Krankenpfleger /-innen arbeiten 62,1 VK im OP, im Ambulanten Operieren, zentraler Notaufnahme bzw. Zentralsteri. Weiterhin werden 10,5 VK Auszubildende eingesetzt und eine Krankenschwester als Hygienefachkraft.
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	26,4	1 Jahr	davon arbeiten 5,9 VK im OP, Ambulantes Operieren, zentraler Notaufnahme bzw. Zentralsteri. Zusätzlich werden 0,25 VK Auszubildende eingesetzt.
Entbindungspfleger	11,9	3 Jahre	

und Hebammen			
Operationstechnische Assistenten und Assistentinnen	5,5	3 Jahre	davon arbeiten 5,2 VK im OP, Ambulantes Operieren, zentraler Notaufnahme bzw. Zentralsteri. Zusätzlich werden 0,55 VK Auszubildende eingesetzt.

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-1 Allgemein-, Visceral- und Gefäßchirurgie

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

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

Postfach: 2040
30020 Hannover

Telefon: 0511 129-2301
Fax: 0511 129-2403

URL: www.Friederikenstift.de
EMail: sekretariat.ac@Friederikenstift.de

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

Aortenaneurysmachirurgie (VC16)

Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen (VC19)

Endokrine Chirurgie (VC21)

Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie (VC23)

Magen-Darm-Chirurgie (VC22)

Minimalinvasive 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 (Werden unter A-9 dargestellt)

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)
- Elektrisch verstellbare Betten (SA13)
- Kühlschrank (SA16)

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

Vollstationäre Fallzahl: 1651

B-1.6 Diagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I70	211	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose
2	K80	192	Gallensteinleiden
3	K40	93	Leistenbruch (Hernie)
4	K35	91	Akute Blinddarmentzündung
5	C18	70	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)
6	K57	70	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose
7	L02	61	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen
8	K43	59	Bauchwandbruch (Hernie)
9	K56	59	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch
10	C20	40	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs

B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (werden nicht dargestellt)

B-1.7 Prozeduren nach OPS

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-511	197	Operative Entfernung der Gallenblase
2	5-455	139	Operative Entfernung von Teilen des Dickdarms
3	5-469	129	Sonstige Operation am Darm
4	5-893	105	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut
5	5-530	96	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)
6	5-470	92	Operative Entfernung des Blinddarms
7	5-894	92	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut
8	5-916	75	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz
9	5-536	64	Operativer Verschluss eines Narbenbruchs (Hernie)
10	5-895	35	Ausgedehnte operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut

B-1.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-069	37	Sonstige Operation an Schilddrüse bzw. Nebenschilddrüsen
5-063	18	Operative Entfernung der Schilddrüse
5-062	14	Sonstige teilweise Entfernung der Schilddrüse
5-061	7	Operative Entfernung einer Schilddrüsenhälfte

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ermächtigungsambulanz	
Ambulanzart	Sonstige Art der Ambulanz (AM00)
Notfallambulanz	
Ambulanzart	Notfallambulanz (24h) (AM08)
Privatsprechstunde	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Vor- und nachstationäre Leistungen	
Ambulanzart	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-530	72	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)
2	5-401	40	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße
3	5-534	13	Operativer Verschluss eines Nabelbruchs (Hernie)
4	5-493	12	Operative Behandlung von Hämorrhoiden
5	5-385	10	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein
6	5-392	10	Anlegen einer Verbindung (Shunt) zwischen einer Schlagader und einer Vene
7	5-897	10	Operative Sanierung einer Steißbeinfistel (Sinus pilonidalis)
8	5-852	8	Entfernen von Teilen von Muskeln, Sehnen oder deren Bindegewebshüllen
9	5-492	7	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe im Bereich des Darmausganges
10	5-850	<=5	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein
 Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-1.11 Apparative Ausstattung

Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/Duplexsonographiegerät (AA29) (24h-Notfallverfügbarkeit)

Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/farbkodierter Ultraschall

Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät (AA27) (24h-Notfallverfügbarkeit)

Gastroenterologisches Endoskop (AA12) (24h-Notfallverfügbarkeit)

Gerät zur Magen-Darm-Spiegelung

Cell Saver (AA07)

Eigenblutauflbereitungsgerät

Angiographiegerät/DSA (AA01) (24h-Notfallverfügbarkeit)

Gerät zur Gefäßdarstellung

B-1.12 Personelle Ausstattung

B-1.12.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	11,4
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	6,0
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0,0

Fachexpertise der Abteilung

Gefäßchirurgie (AQ07)

Viszeralchirurgie (AQ13)

B-1.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	25,9	3 Jahre	Zzgl. 0,85 VK Auszubildende
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	0,8	1 Jahr	Zzgl. 0,25 Auszubildende

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Stomapflege (ZP15)

Wundmanagement (ZP16)

Praxisanleitung (ZP12)

Sonstige Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss (PQ00)

B-1.12.3 Spezielles therapeutisches Personal (Steht dem gesamten Haus zur Verfügung (wird in dieser Klinik nicht eingesetzt)

B-2 Gynäkologie

B-2.1 Allgemeine Angaben der Gynäkologie

Die Leistungen der Frauenheilkunde werden getrennt in Geburtshilfliche und Gynäkologische aufgeteilt. Im Jahre 2008 wurde die Klinik kommissarisch durch Dr. med. Jörg Gade geleitet. Die Gynäkologie steht seit dem 01.02.2009 unter der Leitung von Privatdozent Dr. med. Wulf Siggelkow und die Geburtshilfe seit dem 01.08.2008 unter der Leitung von Prof. Dr. med. Ralf L. Schild.

Fachabteilung: Gynäkologie
Art: Hauptabteilung
Chefarzt: Dr. med. Jörg Gade
Ansprechpartner: Sekretariat: Karin Hollemann
Hausanschrift: Humboldtstraße 5
30169 Hannover
Postfach: 2040
30020 Hannover
Telefon: 0511 129-2309
Fax: 0511 129-2310
URL: www.Friederikenstift.de
EMail: sekretariat.gyn@Friederikenstift.de

B-2.2 Versorgungsschwerpunkte der Gynäkologie

Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren (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 (VG05)
Gynäkologische Abdominalchirurgie (VG06)
Inkontinenzchirurgie (VG07)
Spezialsprechstunde (VG15)
 Inkontinenz
 Mamma-Sprechstunde (Teilnahme am DMP und Mammographie-Screening)
Urogynäkologie (VG16)

B-2.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Gynäkologie

Sonstiges (MP00)

Psycho-Onkologische Betreuung
Kosmetik-Kurs für Tumorpatienten

Akupunktur (MP02)

Aromapflege/-therapie (MP53)

Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie (MP28)

Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen (MP52)

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: 3936

B-2.6 Diagnosen nach ICD

B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	D25	125	Gutartiger Tumor der Gebärmtermuskulatur
2	C50	121	Brustkrebs
3	N81	87	Vorfall der Scheide bzw. der Gebärmutter
4	N83	41	Nichtentzündliche Krankheit des Eierstocks, des Eileiters bzw. der Gebärmutterbänder
5	N70	40	Eileiterentzündung bzw. Eierstockentzündung
6	Q65	37	Angeborene Fehlbildung der Hüfte
7	C54	35	Gebärmutterkrebs
8	C56	32	Eierstockkrebs
9	D27	30	Gutartiger Eierstocktumor
10	N39	28	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase

B-2.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (werden nicht dargestellt)

B-2.7 Prozeduren nach OPS

B-2.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-683	189	Vollständige operative Entfernung der Gebärmutter
2	5-704	172	Operative Raffung der Scheidenwand bzw. Straffung des Beckenbodens mit Zugang durch die Scheide
3	5-870	91	Operative brusterhaltende Entfernung von Brustdrüsengewebe ohne Entfernung von Achsellymphknoten
4	5-657	84	Operatives Lösen von Verwachsungen an Eierstock und Eileitern ohne Zuhilfenahme von Geräten zur optischen Vergrößerung
5	5-690	79	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutterschleimhaut - Ausschabung
6	5-401	71	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße
7	5-707	66	Wiederherstellende Operation am kleinen Becken bzw. am Raum zwischen Gebärmutter und Dickdarm (Douglasraum)
8	5-886	63	Sonstige wiederherstellende Operation an der Brustdrüse

9	5-469	62	Sonstige Operation am Darm
10	5-653	62	Operative Entfernung des Eierstocks und der Eileiter

B-2.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (werden nicht dargestellt)

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

"Zweite Meinung" Sprechstunde	
Ambulanzart	Sonstige Art der Ambulanz (AM00)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VG15)

Inkontinenz-Sprechstunde	
Ambulanzart	Sonstige Art der Ambulanz (AM00)

Mamma-Sprechstunde	
Ambulanzart	Sonstige Art der Ambulanz (AM00)

Naturheilkunde	
Ambulanzart	Sonstige Art der Ambulanz (AM00)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VG15)

Onkologische Ambulanz	
Ambulanzart	Sonstige Art der Ambulanz (AM00)

Privatsprechstunde	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-690	372	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutter Schleimhaut - Ausschabung
2	1-672	188	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung
3	5-751	58	Ausschabung zur Beendigung der Schwangerschaft
4	1-694	40	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung
5	1-471	36	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutter Schleimhaut ohne operativen Einschnitt
6	5-651	28	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks
7	5-711	19	Operation an der Scheidenvorhofdrüse (Bartholin-Drüse)
8	5-671	18	Operative Entnahme einer kegelförmigen Gewebeprobe aus dem Gebärmutterhals
9	5-681	11	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter
10	5-469	7	Sonstige Operation am Darm

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein
 Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-2.11 Apparative Ausstattung

Gastroenterologisches Endoskop (AA12) (24h-Notfallverfügbarkeit)

Gerät zur Magen-Darm-Spiegelung

Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/Duplexsonographiegerät (AA29) (24h-Notfallverfügbarkeit)

Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/farbkodierter Ultraschall

3-D/4-D-Ultraschallgerät (AA62)

MIC-Einheit (Minimalinvasive Chirurgie) (AA55)

Minimal in den Körper eindringende, also gewebeschonende Chirurgie

B-2.12 Personelle Ausstattung

B-2.12.1 Ärzte und Ärztinnen

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

	Anzahl
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	12,3
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	7,1
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0,0

Fachexpertise der Abteilung

Frauenheilkunde und Geburtshilfe (AQ14)

Akupunktur (ZF02)

Ernährungsmedizin (ZF47)

B-2.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	8,3	3 Jahre	zusätzlich werden 0,5 VK Auszubildende eingesetzt.
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	0,8	1 Jahr	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Sonstige Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss (PQ00)

Praxisanleitung (ZP12)

B-2.12.3 Spezielles therapeutisches Personal (wird in dieser Klinik nicht eingesetzt)

B-3 Geburtshilfe

B-3.1 Allgemeine Angaben der Geburtshilfe

Die Leistungen der Frauenheilkunde werden getrennt in Geburtshilfliche und Gynäkologische aufgeteilt. Im Jahre 2008 wurde die Klinik kommissarisch durch Dr. med. Jörg Gade geleitet. Die Gynäkologie steht seit dem 01.02.2009 unter der Leitung von Privatdozent Dr. med. Wulf Siggelkow und die Geburtshilfe seit dem 01.08.2008 unter der Leitung von Prof. Dr. med. Ralf L. Schild.

Fachabteilung: Geburtshilfe
Art: Hauptabteilung

Chefarzt: Prof. Dr. med. Ralf L. Schild, MA FRCOG

Ansprechpartner: Sekretariat: Karin Hollemann

Hausanschrift: Humboldtstraße 5
 30169 Hannover

Postfach: 2040
 30020 Hannover

Telefon: 0511 129
Fax: 0511 129-2310

URL: www.Friederikenstift.de
E-Mail: 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/Schwangerschaftsgymnastik (MP19)

Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern und/oder Hebammen (MP41)

Stillberatung (MP43)

Wassergeburt (MP00)

Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik (MP50)

Aromapflege/-therapie (MP53)

Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie (MP28)

Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien (MP65)

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/Familienzimmer (SA05)

Rundfunkempfang am Bett (SA17)

Teeküche für Patienten und Patientinnen (SA08)

Unterbringung Begleitperson (SA09)

Zwei-Bett-Zimmer (SA10)

Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (SA11)

Frühstücks-/Abendbuffet (SA45)

B-3.5 Fallzahlen der Geburtshilfe

In der Fallzahl sind 1316 Neugeborene enthalten.

Vollstationäre Fallzahl: 2925, davon 1402 Geburten.

B-3.6 Diagnosen nach ICD

B-3.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	Z38	1063	Neugeborene
2	O70	337	Dammriss während der Geburt
3	O80	151	Normale Geburt eines Kindes
4	O99	79	Sonstige Krankheit der Mutter, die an anderen Stellen der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) eingeordnet werden kann, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett verkompliziert
5	O34	73	Betreuung der Mutter bei festgestellten oder vermuteten Fehlbildungen oder Veränderungen der Beckenorgane
6	O73	65	Zurückbleiben des Mutterkuchens (Plazenta) bzw. der Eihäute in der Gebärmutter ohne Blutung
7	O47	59	Wehen, die nicht zur Eröffnung des Muttermundes beitragen - Unnütze Wehen
8	O71	59	Sonstige Verletzung während der Geburt
9	O48	56	Schwangerschaft, die über den erwarteten Geburtstermin hinausgeht

10	P07	54	Störung aufgrund kurzer Schwangerschaftsdauer oder niedrigem Geburtsgewicht
-----------	-----	----	---

B-3.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (werden nicht dargestellt)

B-3.7 Prozeduren nach OPS

B-3.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-262	1312	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt
2	5-758	595	Wiederherstellende Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen nach Dammriss während der Geburt
3	9-260	533	Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt
4	9-261	375	Überwachung und Betreuung einer Geburt mit erhöhter Gefährdung für Mutter oder Kind
5	5-730	282	Künstliche Fruchtblasensprengung
6	5-749	245	Sonstiger Kaiserschnitt
7	5-738	237	Erweiterung des Scheideneingangs durch Dammschnitt während der Geburt mit anschließender Naht
8	5-756	199	Entfernung von zurückgebliebenen Resten des Mutterkuchens (Plazenta) nach der Geburt
9	5-728	100	Operative Entbindung durch die Scheide mittels Saugglocke
10	5-740	39	Klassischer Kaiserschnitt

B-3.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

Ein besonderer Schwerpunkt besteht in der vaginalen Entbindung der Beckenendlagen.

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Akupunktursprechstunde	
Ambulanzart	Sonstige Art der Ambulanz (AM00)

Geburtshilfliche Sprechstunde	
Ambulanzart	Sonstige Art der Ambulanz (AM00)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VG15)

Hebammensprechstunde	
Ambulanzart	Sonstige Art der Ambulanz (AM00)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VG15)

Pränatale Sprechstunde	
Ambulanzart	Sonstige Art der Ambulanz (AM00)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VG15)

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Entfällt, ambulante Operationen werden nicht durchgeführt.

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein
 Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-3.11 Apparative Ausstattung

Sonstige (AA00)

Entbindungsbadewanne,
 Phototherapie

3-D/4-D-Ultraschallgerät (AA62)

Audiometrie-Labor (AA02)

Hörtestlabor

B-3.12 Personelle Ausstattung

B-3.12.1 Ärzte und Ärztinnen

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

	Anzahl
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	12,2
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	7,1
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0,0

Fachexpertise der Abteilung

Frauenheilkunde und Geburtshilfe (AQ14)

Ernährungsmedizin (ZF47)

Akupunktur (ZF02)

Sonstige Zusatzweiterbildung (ZF00)

 Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin

Die angegebenen Personaldaten gelten für die gesamte Frauenklinik.

B-3.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	9,2	3 Jahre	zusätzlich werden 0,4 VK Auszubildende eingesetzt
Entbindungspfleger und Hebammen	11,9	3 Jahre	
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	8,9	1 Jahr	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Praxisanleitung (ZP12)

Sonstige Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss (PQ00)

Sonstige Zusatzqualifikationen (ZP00)

 Babymassage

B-3.12.3 Spezielles therapeutisches Personal (wird in dieser Klinik nicht eingesetzt)

B-4 Handchirurgie und Plastische Chirurgie

B-4.1 Allgemeine Angaben der Handchirurgie und Plastische Chirurgie

Fachabteilung: Handchirurgie und Plastische Chirurgie
Art: Hauptabteilung

Chefarzt: PD Dr. med. Jürgen Kopp

Ansprechpartner: Sekretariat: Frau Henze

Hausanschrift: Mariensstraße 37
30171 Hannover

Postfach: 2040
30020 Hannover

Telefon: 0511 3043-240
Fax: 0511 3043-242

URL: www.Friederikenstift.de
EMail: Christiane.Henze@Friederikenstift.de

Seit Juli 2007 Chefarzt: PD Dr. med. Kopp

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 Handgelenkes und der Hand (VC38)

Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik (VC28)

Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)

Plastisch-rekonstruktive Eingriffe (VC57)

Septische Knochenchirurgie (VC30)

Spezialsprechstunde (VC58)

Adipositaschirurgie (VC60)

Amputationschirurgie (VC63)

Arthroskopische Operationen (VC66)

Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie (VC64)

Ästhetische Dermatochirurgie (VD12)
Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen (VC51)
Chirurgie der Bewegungsstörungen (VC49)
Chirurgie der peripheren Nerven (VC50)
Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung (VD08)
Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde (VD09)
Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen (VC19)
Fußchirurgie (VO15)
Handchirurgie (VO16)
Kosmetische/Plastische Mammachirurgie (VG04)
Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres (VH06)
Plastisch-rekonstruktive Chirurgie (VH13)
Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren (VH22)
Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich (VH21)
Spezialsprechstunde (VD11)
Spezialsprechstunde (VG15)
Tumorchirurgie (VC24)

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

Berufsberatung/Rehabilitationsberatung (MP08)
Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung (MP56)
Endoskopische Diagnostik und Therapie (MP00)

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 und Patientinnen (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: 858

B-4.6 Diagnosen nach ICD

B-4.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	M18	119	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Daumensattelgelenkes
2	M72	114	Gutartige Geschwulstbildung des Bindegewebes
3	G56	60	Funktionsstörung eines Nervs am Arm bzw. an der Hand
4	L03	58	Eitrige, sich ohne klare Grenzen ausbreitende Entzündung in tiefer liegendem Gewebe - Phlegmone
5	S62	30	Knochenbruch im Bereich des Handgelenkes bzw. der Hand
6	S66	30	Verletzung von Muskeln oder Sehnen in Höhe des Handgelenkes bzw. der Hand
7	M84	27	Knochenbruch bzw. fehlerhafte Heilung eines Bruches
8	M19	24	Sonstige Form des Gelenkverschleißes (Arthrose)
9	S64	23	Verletzung von Nerven im Bereich des Handgelenkes bzw. der Hand
10	M79	22	Sonstige Krankheit des Weichteilgewebes

B-4.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (werden nicht dargestellt)

B-4.7 Prozeduren nach OPS

B-4.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-893	318	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut
2	5-984	237	Operation unter Verwendung optischer Vergrößerungshilfen, z.B. Lupenbrille, Operationsmikroskop
3	5-782	226	Operative Entfernung von erkranktem Knochengewebe
4	5-842	160	Operation an den Bindegewebshüllen der Muskeln und Sehnen an Hand bzw. Fingern
5	5-840	142	Operation an den Sehnen der Hand
6	5-916	128	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz
7	5-841	118	Operation an den Bändern der Hand
8	5-847	118	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Gelenke an der Hand außer am Handgelenk
9	5-056	107	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion
10	5-845	80	Operative Entfernung der Gelenkinnenhaut an der Hand

B-4.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (werden nicht dargestellt)

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ermächtigungsambulanz	
Ambulanzart	Ermächtigungsambulanz nach § 116 SGB V (AM04)
Kommentar	Handchirurgie Plastische und Rekonstruktive Chirurgie an Kopf, Stamm und Extremitäten Mammachirurgie (Wiederherstellung der weiblichen Brust nach Tumoreingriff, brustformende Eingriffe) Hauttumoren Wundsprechstunde (nicht heilende Wunden des Stammes und der Extremitäten)

Spezielle BG-liche Sprechstunden	
Ambulanzart	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz (AM09)
Kommentar	24 Stunden Versorgung akuter Arbeitsunfälle an der Hand Behandlung der Folgeschäden von BG-lichen Unfällen an der Hand Weichteildefekte der Extremitäten und des Stammes nach Unfall Ambulante Nachbehandlung BG-licher Verletzungen an der Hand Reha-Sprechstunde Stellungnahmen auf Anfrage

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-840	126	Operation an den Sehnen der Hand
2	5-849	122	Sonstige Operation an der Hand
3	5-787	121	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden
4	5-056	116	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion
5	5-845	98	Operative Entfernung der Gelenkinnenhaut an der Hand
6	5-841	81	Operation an den Bändern der Hand
7	5-790	71	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung

			der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen
8	1-697	51	Untersuchung eines Gelenks durch eine Spiegelung
9	5-811	43	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung
10	5-041	27	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe von Nerven

B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Ja
 Stationäre BG-Zulassung: Ja

B-4.11 Apparative Ausstattung

Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/Duplexsonographiegerät (AA29) (24h-Notfallverfügbarkeit)

Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/farbkodierter Ultraschall

Sonstige (AA00)

Operationsmikroskope

Handarthroskopieeinheiten

B-4.12 Personelle Ausstattung

B-4.12.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	10,8
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,9
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0,0

Fachexpertise der Abteilung

Handchirurgie (ZF12)

Notfallmedizin (ZF28)

Plastische und Ästhetische Chirurgie (AQ11)

Sonstige Facharztqualifikation (AQ00)

Sonstige Zusatzweiterbildung (ZF00)

Mikrochirurgische Zusatzausbildung

BG-liche Spezialtherapien

B-4.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	11,3	3 Jahre
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	0,9	1 Jahr

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Praxisanleitung (ZP12)

Wundmanagement (ZP16)

B-4.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Arzthelfer und Arzthelferin (SP02)

Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin (SP05)

B-5 Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

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

Fachabteilung: Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie
Art: Hauptabteilung

Chefarzt: Prof. Dr. med. Helmut Lill

Ansprechpartner: Sekretariat: Christina Andrecht

Hausanschrift: Humboldtstraße 5
30169 Hannover

Postfach: 2040
30020 Hannover

Telefon: 0511 129-2330
Fax: 0511 129-2405

URL: www.Friederikenstift.de
EMail: 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. der Klinik 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

endoprothetischer Ersatz von Hüft-, Knie-, Schulter-, Ellenbogen- und Sprunggelenk

In enger Zusammenarbeit mit der Klinik Hand- und Plastische Chirurgie werden in einem über-regional 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/Endoprothetik (VC28)

Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)

Septische Knochenchirurgie (VC30)

Amputationschirurgie (VC63)

Arthroskopische Operationen (VC66)

Chirurgische Intensivmedizin (VC67)

Diagnostik und Therapie von Arthropathien (VO01)

Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien (VO09)

Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (VO05)

Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane (VO11)

Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes (VC32)

Endoprothetik (VO14)

Fußchirurgie (VO15)

Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)

Operationen wegen Thoraxtrauma (VC13)

Plastisch-rekonstruktive Eingriffe (VC57)

Schulterchirurgie (VO19)

Spezialsprechstunde (VC58)

Sportmedizin/Sporttraumatologie (VO20)

Thorakoskopische Eingriffe (VC15)

Versorgungsschwerpunkt in sonstigem medizinischen Bereich (VX00)

Flußsäureverätzungen

Wirbelsäulenchirurgie (VC65)

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

Berufsberatung/Rehabilitationsberatung (MP08)

Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik (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)
- Elektrisch verstellbare Betten (SA13)
- Internetanschluss am Bett/im Zimmer (SA15)
- Unterbringung Begleitperson (SA09)

B-5.5 Fallzahlen der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

Vollstationäre Fallzahl: 2882

B-5.6 Diagnosen nach ICD

B-5.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	S72	235	Knochenbruch des Oberschenkels
2	M17	229	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes
3	S42	226	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms
4	S52	219	Knochenbruch des Unterarmes
5	S82	213	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
6	S06	169	Verletzung des Schädelinneren
7	M75	164	Schulterverletzung
8	T84	147	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken
9	M16	139	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes
10	S32	95	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens

B-5.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (werden nicht dargestellt)

B-5.7 Prozeduren nach OPS

B-5.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-893	541	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut
2	5-931	497	Verwendung von bestimmtem Knochenersatz- und Knochenverbindungsmaterial, die frei von allergieauslösenden Wirkstoffen sind
3	5-814	409	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks durch eine Spiegelung
4	5-780	392	Operativer Einschnitt in Knochengewebe bei einer keimfreien oder durch Krankheitserreger verunreinigten Knochenkrankheit
5	5-787	342	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden
6	5-793	315	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
7	5-794	297	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens und Befestigung der Knochteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten
8	5-811	297	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung
9	5-812	293	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung
10	5-800	280	Erneute operative Begutachtung und Behandlung nach einer Gelenkoperation

B-5.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (werden nicht dargestellt)

B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

BG-Sprechstunde	
Ambulanzart	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz (AM09)
Berufsgenossenschaftliche Reha-Sprechstunde	
Ambulanzart	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz (AM09)

Knie- und Hüftendoprothetik-Sprechstunde	
Ambulanzart	Ermächtigungsambulanz nach § 116 SGB V (AM04)
Kommentar	Überweisungs- und Privatambulanz
Notfallambulanz	
Ambulanzart	Notfallambulanz (24h) (AM08)
Osteitis-Sprechstunde	
Ambulanzart	Ermächtigungsambulanz nach § 116 SGB V (AM04)
Privatsprechstunde	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Schulter- und Ellenbogenendoprothetik-Sprechstunde	
Ambulanzart	Ermächtigungsambulanz nach § 116 SGB V (AM04)
Spezielle D-Arzt-Sprechstunde	
Ambulanzart	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz (AM09)
Sprechstunde für Schulter-Ellenbogen-Knie- und Sporttraumatologie	
Ambulanzart	Ermächtigungsambulanz nach § 116 SGB V (AM04)
Wirbelsäulensprechstunde	
Ambulanzart	Ermächtigungsambulanz nach § 116 SGB V (AM04)

B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-812	232	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung
2	5-787	132	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden

3	5-811	45	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung
4	5-814	28	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks durch eine Spiegelung
5	5-810	14	Erneute Operation eines Gelenks durch eine Spiegelung
6	1-697	12	Untersuchung eines Gelenks durch eine Spiegelung
7	5-859	10	Sonstige Operation an Muskeln, Sehnen, deren Bindegewebshüllen bzw. Schleimbeuteln
8	5-041	<=5	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe von Nerven
9	5-790	<=5	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen
10	5-850	<=5	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen

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

Cell Saver (AA07)

Eigenblutauflbereitungsgerät

Angiographiegerät/DSA (AA01) (24h-Notfallverfügbarkeit)

Gerät zur Gefäßdarstellung
 intraoperativ

Arthroskop (AA37)

Gelenksspiegelung

MIC-Einheit (Minimalinvasive Chirurgie) (AA55)

Minimal in den Körper eindringende, also gewebeschonende Chirurgie

OP-Navigationsgerät (AA24)

Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät (AA27) (24h-Notfallverfügbarkeit)

Sonstige (AA00)

Intraoperative 3 D Bildgebung

B-5.12 Personelle Ausstattung

B-5.12.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	24,7
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	13,1
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0,0

Fachexpertise der Abteilung

Allgemeine Chirurgie (AQ06)

Ärztliches Qualitätsmanagement (ZF01)

Notfallmedizin (ZF28)

Orthopädie und Unfallchirurgie (AQ10)

Physikalische Therapie und Balneologie (ZF32)

Sonstige Facharztqualifikation (AQ00)

Sonstige Zusatzweiterbildung (ZF00)

Spezielle Unfallchirurgie (ZF43)

B-5.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	43,2	3 Jahre	zusätzlich werden 2,9 VK Auszubildende eingesetzt
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	5,1	1 Jahr	zusätzlich werden 0,8 VK Auszubildende eingesetzt

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Praxisanleitung (ZP12)

Wundmanagement (ZP16)

Sonstige Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss (PQ00)

B-5.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin (SP05)

B-6 Urologie

B-6.1 Allgemeine Angaben der Urologie

Fachabteilung: Urologie
Art: Hauptabteilung
Chefarzt: Priv.-Doz. Dr. med. Stefan Conrad
Ansprechpartner: Sekretariat: Frau Nord
Hausanschrift: Humboldtstraße 5
30169 Hannover
Postfach: 2040
30020 Hannover
Telefon: 0511 129-2341
Fax: 0511 129-2406
URL: www.Friederikenstift.de
EMail: Sekretariat.Uro@Friederikenstift.de

B-6.2 Versorgungsschwerpunkte der Urologie

Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten (VU01)
Diagnostik und Therapie von Urolithiasis (VU03)
 Endoskopische Steinoperationen, ESWL
Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters (VU04)
Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems (VU05)
Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems (VU07)
Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane (VU06)
Kinderurologie (VU08)
 Hypospadie-Korrekturen, Operationen am äußeren Genitale
Minimalinvasive 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
Minimalinvasive laparoskopische Operationen (VU11)
Prostatazentrum (VU17)

Spezialsprechstunde (VU14)

Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik (VU19)

Urogynäkologie (VG16)

B-6.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Urologie

Kontinenztraining/Inkontinenzberatung (MP22)

Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen (MP39)

Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen (MP52)

Endoskopische Diagnostik und Therapie (MP00)

Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst (MP34)

Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit (MP64)

B-6.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Urologie

Telefon (SA18)

Aufenthaltsräume (SA01)

Balkon/Terrasse (SA12)

Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (SA03)

Faxempfang für Patienten und Patientinnen (SA24)

Fernsehgerät am Bett/im Zimmer (SA14)

Mutter-Kind-Zimmer/Familienzimmer (SA05)

Rundfunkempfang am Bett (SA17)

Unterbringung Begleitperson (SA09)

Zwei-Bett-Zimmer (SA10)

Elektrisch verstellbare Betten (SA13)

Fortbildungsangebote/Informationsveranstaltungen (SA49)

B-6.5 Fallzahlen der Urologie

Vollstationäre Fallzahl: 1453

B-6.6 Diagnosen nach ICD

B-6.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C67	235	Harnblasenkrebs
2	N20	209	Stein im Nierenbecken bzw. Harnleiter
3	C61	205	Prostatakrebs
4	N13	154	Harnstau aufgrund einer Abflussbehinderung bzw. Harnrückfluss in Richtung Niere
5	N40	134	Gutartige Vergrößerung der Prostata
6	N39	78	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
7	C64	38	Nierenkrebs, ausgenommen Nierenbeckenkrebs
8	D30	35	Gutartiger Tumor der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
9	N10	30	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen
10	C62	26	Hodenkrebs

B-6.6.2 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 Penisarcinoms. 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

B-6.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-137	590	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschiene
2	5-560	299	Erweiterung des Harnleiters bei einer Operation oder Spiegelung
3	5-573	250	Operative(r) Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre
4	5-562	163	Operativer Einschnitt in die Harnleiter bzw. Steinentfernung bei einer offenen Operation oder bei einer Spiegelung
5	5-601	147	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe der Prostata durch die Harnröhre
6	8-110	114	Harnsteinzertrümmerung in Niere und Harnwegen durch von außen zugeführte Stoßwellen
7	5-604	110	Operative Entfernung der Prostata, der Samenblase und der dazugehörigen Lymphknoten
8	5-561	65	Operative Erweiterung der Harnleiteröffnung durch Einschnitt, Entfernung von Gewebe bzw. sonstige Techniken
9	5-572	51	Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung
10	5-554	46	Operative Entfernung der Niere

B-6.7.2 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-Transplantate, gestielte Transplantate und End-zu-End-Anastomosen. Ebenfalls haben wir eine besondere Kompetenz in der Durchführung mikrochirurgischer Vasovasostomien und in allen gängigen Techniken der Hypospadiakorrektur.

B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Notfallsprechstunde	
Ambulanzart	Notfallambulanz (24h) (AM08)
Kommentar	Behandlung aller urologischen Notfälle
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane (VU06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis (VU03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters (VU04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems (VU05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems (VU07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten (VU01)
Angebotene Leistung	Kinderurologie (VU08)
Angebotene Leistung	Neuro-Urologie (VU09)
Angebotene Leistung	Schmerztherapie (VU18)
Angebotene Leistung	Urogynäkologie (VG16)

Notfallsprechstunde	
Ambulanzart	Notfallambulanz (24h) (AM08)

Privatambulanz	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Kommentar	ambulante Diagnostik und Therapie des gesamten urologischen und andrologischen Erkrankungsspektrums

Prostatakarzinomsprechstunde	
Ambulanzart	Sonstige Art der Ambulanz (AM00)
Kommentar	interdisziplinärer Sprechstunde des Prostatakarzinomzentrums mit der

	Strahlentherapie
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane (VU06)
Angebotene Leistung	Prostatazentrum (VU17)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VU14)

Urodynamik-Ambulanz	
Ambulanzart	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
Angebotene Leistung	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik (VU19)
Angebotene Leistung	Urogynäkologie (VG16)

B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-137	120	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschiene
2	5-640	65	Operation an der Vorhaut des Penis
3	1-661	36	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung
4	5-585	12	Operativer Einschnitt in erkranktes Gewebe der Harnröhre mit Zugang durch die Harnröhre
5	5-611	9	Operativer Verschluss eines Wasserbruchs (Hydrocele) am Hoden
6	5-631	9	Operatives Entfernen von Gewebe im Bereich der Nebenhoden
7	5-624	6	Operative Befestigung des Hodens im Hodensack
8	5-582	<=5	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Harnröhre
9	5-572	<=5	Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung
10	5-630	<=5	Operative Behandlung einer Krampfader des Hodens bzw. eines Wasserbruchs (Hydrocele) im Bereich des Samenstranges

B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein
 Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-6.11 Apparative Ausstattung

Uroflow/Blasendruckmessung (AA33)

Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/Duplexsonographiegerät (AA29) (24h-Notfallverfügbarkeit)

 Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/farbkodierter Ultraschall

Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät (AA27) (24h-Notfallverfügbarkeit)

Lithotripter (ESWL) (AA21)

 Stoßwellen-Steinzerstörung

Laser (AA20)

Geräte für Nierenersatzverfahren (AA14) (24h-Notfallverfügbarkeit)

Brachytherapiegerät (AA06)

 Bestrahlung von "innen"

Defibrillator (AA40)

 Gerät zur Behandlung von lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen

Endosonographiegerät (AA45)

 Ultraschalldiagnostik im Körperinneren

Laparoskop (AA53)

 Bauchhöhlenspiegelungsgerät

MIC-Einheit (Minimalinvasive Chirurgie) (AA55)

 Minimal in den Körper eindringende, also gewebeschonende Chirurgie

B-6.12 Personelle Ausstattung

B-6.12.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	9,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	4,7
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0,0

Fachexpertise der Abteilung

Urologie (AQ60)

Palliativmedizin (ZF30)

Röntgendiagnostik (ZF38)

Sonstige Zusatzweiterbildung (ZF00)

 Spezielle Urologische Chirurgie

B-6.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	13,0	3 Jahre	zusätzlich werden in der Cystoskopie 1,58 VK eingesetzt. Zusätzlich sind 0,5 VK Auszubildende tätig
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	0,6	1 Jahr	zusätzlich werden 0,14 VK Auszubildende eingesetzt

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Stomapflege (ZP15)

B-6.12.3 Spezielles therapeutisches Personal (wird in dieser Klinik nicht eingesetzt)

B-7 Zentrum für Innere Medizin

B-7.1 Allgemeine Angaben der Innere Medizin

Fachabteilung: Innere Medizin
Art: Hauptabteilung

Chefarzt: Prof. Dr. med. Urs Leonhardt

Ansprechpartner: Sekretariat: Frau Wesemann

Hausanschrift: Humboldtstraße 5
30169 Hannover

Postfach: 2040
30020 Hannover

Telefon: 0511 129-2304
Fax: 0511 129-2365

URL: www.Friederikenstift.de
EMail: 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 von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (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-Darm-Traktes (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

Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis (VI29)

Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15)

Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen (VI31)

Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura (VI16)

Endoskopie (VI35)

Onkologische Tagesklinik (VI37)

Palliativmedizin (VI38)

Schmerztherapie (VI40)

Shuntzentrum (VI41)

B-7.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Innere Medizin

Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare (MP03)

Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse (MP33)

Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst (MP34)

Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen (MP39)

Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik (MP47)

Endoskopische Diagnostik und Therapie (MP00)

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 und Patientinnen (SA08)

Telefon (SA18)

Unterbringung Begleitperson (SA09)

Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer (SA19)

Zwei-Bett-Zimmer (SA10)

Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (SA11)

Fortbildungsangebote/Informationsveranstaltungen (SA49)

Elektrisch verstellbare Betten (SA13)

Fernsehraum (SA04)

B-7.5 Fallzahlen der Inneren Medizi

Vollstationäre Fallzahl: 4469

B-7.6 Diagnosen nach ICD

Die Abteilung Hämatologie und Onkologie (Leitender Abteilungsarzt Dr. Heer-Sonderhoff) ist dem Zentrum für Innere Medizin angeschlossen.

B-7.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I50	233	Herzschwäche
2	J18	184	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
3	I10	148	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache
4	K52	144	Sonstige Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Darms, nicht durch Bakterien oder andere Krankheitserreger verursacht
5	R07	130	Hals- bzw. Brustschmerzen
6	F10	125	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol
7	R55	123	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps
8	C34	115	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs
9	E11	100	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2
10	J44	95	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD

B-7.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

Neben der unter B-7.6.2 aufgeführten Diagnosen werden die folgenden Erkrankungen in der Abteilung Hämatologie und Onkologie behandelt.

ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
C16	118	Magenkrebs
C18	115	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)
C79	95	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen Körperregionen
C25	87	Bauchspeicheldrüsenkrebs
C78	72	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen
C20	72	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs
C49	21	Krebs sonstigen Bindegewebes bzw. anderer Weichteilgewebe wie Muskel oder Knorpel
C15	19	Speiseröhrenkrebs
C22	18	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge

B-7.7 Prozeduren nach OPS

B-7.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-800	395	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
2	5-452	256	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms
3	5-513	228	Operation an den Gallengängen
4	8-930	220	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
5	8-831	212	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist
6	8-982	205	Fachübergreifende Sterbebegleitung
7	8-980	168	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)
8	1-710	158	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie
9	8-542	133	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut
10	8-931	129	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck)

B-7.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (werden nicht dargestellt)

B-7.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Privatambulanz	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Kommentar	Allgemeine Innere Medizin, Diabetes, Onkologie Gastroenterologie, Pneumologie, Nephrologie

Schrittmachersprechstunde	
Ambulanzart	Sonstige Art der Ambulanz (AM00)

B-7.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-650	413	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie
2	5-452	291	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms
3	1-444	104	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung
4	5-513	26	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung
5	1-642	20	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms
6	5-429	14	Sonstige Operation an der Speiseröhre
7	5-431	<=5	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung

B-7.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein
 Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-7.11 Apparative Ausstattung

Sonstige (AA00)

Doppelballon-Enteroskopie

Spirometrie/Lungenfunktionsprüfung (AA31)

Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/Duplexsonographiegerät (AA29) (24h-Notfallverfügbarkeit)

Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/farbkodierter Ultraschall

Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät (AA27) (24h-Notfallverfügbarkeit)

Lithotripter (ESWL) (AA21)

Stoßwellen-Steinzerstörung

Kipptisch (AA19)

Gerät zur Messung des Verhaltens der Kenngrößen des Blutkreislaufs bei Lageänderung

Geräte für Nierenersatzverfahren (AA14) (24h-Notfallverfügbarkeit)

Geräte der invasiven Kardiologie (AA13) (24h-Notfallverfügbarkeit)

Behandlungen mittels Herzkatheter

Gastroenterologisches Endoskop (AA12) (24h-Notfallverfügbarkeit)

Gerät zur Magen-Darm-Spiegelung

Computertomograph (CT) (AA08) (24h-Notfallverfügbarkeit)

- Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen
- Brachytherapiegerät (AA06)
 - Bestrahlung von "innen"
- Bodyplethysmograph (AA05)
 - Umfangreiches Lungenfunktionstestsystem
- Belastungs-EKG/Ergometrie (AA03)
 - Belastungstest mit Herzstrommessung
- Angiographiegerät/DSA (AA01) (24h-Notfallverfügbarkeit)
 - Gerät zur Gefäßdarstellung
- Bronchoskop (AA39) (24h-Notfallverfügbarkeit)
 - Gerät zur Luftröhren- und Bronchienspiegelung
- Endoskopisch-retrograder-Cholangio-Pankreaticograph (ERCP) (AA46)
 - Spiegelgerät zur Darstellung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge mittels Röntgenkontrastmittel
- Endosonographiegerät (AA45)
 - Ultraschalldiagnostik im Körperinneren
- Hochfrequenztherapiegerät (AA18)
 - Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik
- Laboranalyseautomaten für Hämatologie, klinische Chemie, Gerinnung und Mikrobiologie (AA52) (24h-Notfallverfügbarkeit)
 - Laborgeräte zur Messung von Blutwerten bei Blutkrankheiten, Stoffwechselleiden, Gerinnungsleiden und Infektionen

B-7.12 Personelle Ausstattung

B-7.12.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	23,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	8,0
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0,0

Fachexpertise der Abteilung

- 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)
- Notfallmedizin (ZF28)
- Palliativmedizin (ZF30)
- Physikalische Therapie und Balneologie (ZF32)

Proktologie (ZF34)

Röntgendiagnostik (ZF38)

Innere Medizin und SP Pneumologie (AQ30)

B-7.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungs- dauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	67,7	3 Jahre	davon ist in der Sonographie eine VK, im EKG 1,65 VK tätig. Zusätzlich werden 2,1 VK Auszubildende eingesetzt.
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	1,3	1 Jahr	zusätzlich werden 0,6 VK Auszubildende eingesetzt

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Sonstige Zusatzqualifikationen (ZP00)

Fachweiterbildung Palliativ-Care

Praxisanleitung (ZP12)

Sonstige Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss (PQ00)

B-7.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Arzthelfer und Arzthelferin (SP02)

B-8 Endoskopie

B-8.1 Allgemeine Angaben der Endoskopie

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
E-Mail: Innere.Medizin@Friederikenstift.de

B-8.2 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-Darm-Traktes (VI11)

B-8.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Endoskopie

Sonstiges (MP00)

Endoskopische Diagnostik und Therapie

B-8.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Endoskopie

Sonstiges (SA00)

Diese Angaben entfallen, da die Endoskopie keine bettenführende Abteilung ist

B-8.5 Fallzahlen der Endoskopie

Die Fallzahlangabe wird mit 0 angegeben, da in einer Abteilung ohne Bettenzuordnung keine stationäre Fallzahlangabe möglich ist.

Vollstationäre Fallzahl: 0

B-8.6 Diagnosen nach ICD

Entfällt, da keine bettenführende Abteilung.

B-8.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Entfällt, siehe B-8.6

B-8.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

Entfällt, siehe B-8.6

B-8.7 Prozeduren nach OPS

B-8.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-632	1466	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
2	1-440	986	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung
3	1-650	678	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie
4	1-620	329	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung
5	1-444	261	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung
6	1-642	190	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms
7	1-430	108	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus den Atemwegen bei einer Spiegelung
8	1-651	46	Untersuchung des S-förmigen Abschnitts des Dickdarms durch eine Spiegelung
9	1-636	36	Untersuchung des Dünndarmabschnitts unterhalb des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
10	1-441	33	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Leber, den Gallenwegen bzw. der Bauchspeicheldrüse mit einer Nadel durch die Haut

B-8.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (werden nicht dargestellt)

B-8.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

B-8.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Entfällt, da keine Bettenführende Abteilung.

B-8.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-8.11 Apparative Ausstattung

Gastroenterologisches Endoskop (AA12) (24h-Notfallverfügbarkeit)

Gerät zur Magen-Darm-Spiegelung

Bronchoskop (AA39) (24h-Notfallverfügbarkeit)

Gerät zur Luftröhren- und Bronchienspiegelung

B-8.12 Personelle Ausstattung

B-8.12.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	1,5
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	1,5
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0,0

Fachexpertise der Abteilung

Innere Medizin und SP Gastroenterologie (AQ26)

B-8.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	3,6	3 Jahre

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung (werden hier nicht eingesetzt)

B-8.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Therapeutisches Personal wird nicht eingesetzt.

B-9 Neurologie

B-9.1 Allgemeine Angaben der Neurologie

Fachabteilung: Neurologie
Art: Hauptabteilung

Chefarzt: Prof. Dr. med. Eckhart Sindern

Ansprechpartner: Sekretariat Frau Hahne

Hausanschrift: Humboldtstraße 5
 30169 Hannover

Postfach: 2040
 30020 Hannover

Telefon: 0511 129-2321
Fax: 0511 129-2404

URL: www.Friederikenstift.de
E-Mail: eckhart.sindern@Friederikenstift.de

B-9.2 Versorgungsschwerpunkte der Neurologie

Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen (VN01)

 Schlaganfall
 Hirnblutung

Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus (VN14)

 Wirbelsäulenerkrankungen
 Schmerztherapie

Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden (VN05)

Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen 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-9.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Neurologie

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

B-9.4 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-9.5 Fallzahlen der Neurologie

Vollstationäre Fallzahl: 2147

B-9.6 Diagnosen nach ICD

B-9.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I63	330	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt
2	G40	166	Anfallsleiden - Epilepsie
3	G45	132	Kurzzeitige Durchblutungsstörung des Gehirns (TIA) bzw. verwandte Störungen
4	M51	131	Sonstiger Bandscheibenschaden
5	M54	125	Rückenschmerzen
6	G35	121	Multiple Sklerose
7	R42	74	Schwindel bzw. Taumel
8	H81	62	Störung des Gleichgewichtsorgans
9	R51	54	Kopfschmerz
10	G20	40	Parkinson-Krankheit

B-9.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (werden nicht dargestellt)

B-9.7 Prozeduren nach OPS

B-9.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-207	1395	Messung der Gehirnströme - EEG
2	1-204	430	Untersuchung der Hirnwasserräume
3	1-208	410	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)
4	8-981	394	Fachübergreifende neurologische Behandlung eines akuten Schlaganfalls
5	1-206	240	Untersuchung der Nervenleitung - ENG
6	8-914	83	Schmerzbehandlung mit Einspritzen eines Betäubungsmittels an eine Nervenwurzel bzw. an einen wirbelsäulennahen Nerven
7	1-205	77	Messung der elektrischen Aktivität der Muskulatur - EMG
8	3-052	53	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE
9	8-831	49	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist
10	8-930	46	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens

B-9.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (werden nicht dargestellt)

B-9.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Berufsgenossenschaftliche Ambulanz/Reha- Sprechstunde	
Ambulanzart	Sonstige Art der Ambulanz (AM00)

Privatambulanz	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden (VN05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute (VN08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus (VN14)

Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels (VN16)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems (VN15)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen (VN10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems (VN12)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems (VN13)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen (VN03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen (VN11)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen (VN19)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns (VN07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns (VN06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen (VN04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen (VN02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen (VN17)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen (VN01)
Angebotene Leistung	Schmerztherapie (VN23)

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

B-9.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

In der neurologischen Klinik werden keine ambulanten Operationen durchgeführt.

B-9.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein
 Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-9.11 Apparative Ausstattung

Elektromyographie (EMG)/Gerät zur Bestimmung der Nervenleitgeschwindigkeit (AA11)

Messung feinsten elektrischer Ströme im Muskel

Elektroenzephalographiegerät (EEG) (AA10) (24h-Notfallverfügbarkeit)

Hirnstrommessung

Sonstige (AA00)

Extra- und transcranielle Doppler-Duplex-Sonographie

Magnetstimulation

Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP (AA43)

Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden

B-9.12 Personelle Ausstattung

B-9.12.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	12,9
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	6,0
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0,0

Fachexpertise der Abteilung

Neurologie (AQ42)

Sonstige Zusatzweiterbildung (ZF00)

Spezielle neurologische Intensivmedizin

Physikalische Therapie

Laboruntersuchungen in der Neurologie

Neurogeriatrie

Zertifizierter Gutachter in der Neurologie

Psychiatrie und Psychotherapie (AQ51)

B-9.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	23,6	3 Jahre	zusätzlich werden 0,6 VK Auszubildende eingesetzt
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	2,2	1 Jahr	zusätzlich werden 0,16 VK Auszubildende eingesetzt

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Praxisanleitung (ZP12)

Sonstige Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss (PQ00)

B-9.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Logopäde und Logopädin/Sprachheilpädagogin und Sprachheilpädagogin/Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin (SP14) Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin (SP05) Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin (SP24)

B-10 Neurochirurgie

B-10.1 Allgemeine Angaben der Neurochirurgie

In der neurochirurgischen Belegabteilung arbeiten folgende Ärzte zusammen:

- Dr. med. Helmut Baumann
- Prof. Dr. med. Matthias Zumkeller
- Dr. med. Wolfram Cramer
- Prof. Dr. med. Götz Penkert
- Dr. med. Bettina Schrader
- Dr. med. Matthias Winkelmüller
- Dr. med. Michael Perl

Fachabteilung: Neurochirurgie
Art: Belegabteilung

Chefärzte: Dr. med. Bettina Schrader
Prof. Dr. med. Matthias Zumkeller

Ansprechpartner: Sekretariat: Jana Breitenfeld

Hausanschrift: Humboldtstraße 5
30169 Hannover

Telefon: 0511 129-2533
Fax: 0511 129-2410

URL: www.Friederikenstift.de
EMail: hannover@praxis-neurochirurgie.de

B-10.2 Versorgungsschwerpunkte der Neurochirurgie

Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen (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-10.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Neurochirurgie

Kinästhetik (MP21)

Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik (MP47)

B-10.4 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)

Zwei-Bett-Zimmer (SA10)

Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (SA11)

B-10.5 Fallzahlen der Neurochirurgie

Vollstationäre Fallzahl: 1514

B-10.6 Diagnosen nach ICD

B-10.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	M51	465	Sonstiger Bandscheibenschaden
2	M48	333	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule
3	M43	139	Sonstige Verformung der Wirbelsäule bzw. des Rückens
4	G50	103	Krankheit des fünften Hirnnervs
5	M50	86	Bandscheibenschaden im Halsbereich
6	M54	53	Rückenschmerzen
7	T85	34	Komplikationen durch sonstige eingepflanzte Fremdteile (z.B. künstliche Augenlinsen, Brustimplantate) oder Verpflanzung von Gewebe im Körperinneren
8	G56	27	Funktionsstörung eines Nervs am Arm bzw. an der Hand
9	D32	22	Gutartiger Tumor der Hirnhäute bzw. der Rückenmarkshäute
10	M47	16	Gelenkverschleiß (Arthrose) der Wirbelsäule

Kommentar zu Nr. 7: Hierbei handelt es sich um Korrekturoperationen bei speziellen schmerztherapeutischen Implantaten wie z.B. Medikamentenpumpen oder rückenmarksnahen Stimulationssystemen.

B-10.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (werden nicht dargestellt).

B-10.7 Prozeduren nach OPS

B-10.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-032	1706	Operativer Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuzbein bzw. zum Steißbein
2	5-984	1013	Operation unter Verwendung optischer Vergrößerungshilfen, z.B. Lupenbrille, Operationsmikroskop
3	5-831	693	Operative Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe
4	5-839	610	Sonstige Operation an der Wirbelsäule
5	5-832	515	Operative Entfernung von erkranktem Knochen- bzw. Gelenkgewebe der Wirbelsäule
6	5-835	321	Operative Befestigung von Knochen der Wirbelsäule mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten
7	5-836	141	Operative Versteifung der Wirbelsäule - Spondylodese
8	5-030	132	Operativer Zugang zum Übergang zwischen Kopf und Hals bzw. zur Halswirbelsäule
9	5-017	111	Operativer Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von Hirnnerven oder Nervenknoten (Ganglien) innerhalb des Schädels
10	5-011	109	Operativer Zugang durch die Schädelbasis

B-10.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

Zusätzlich zu den in der Statistik erfassten kraniellen Eingriffen erfolgten insgesamt 22 Operationen bei Patienten mit Schädel-Hirn-Trauma und intrakraniellen Blutungen, die in der Leistungsstatistik über die Unfallchirurgische bzw. Neurologische Klinik des Friederikenstifts erfasst wurden.

B-10.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Gemeinschaftspraxis für Neurochirurgie, Calenberger Esplanade 1, 30169 Hannover	
Ambulanzart	Belegarztpraxis am Krankenhaus (AM15)

B-10.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-10.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein
Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-10.11 Apparative Ausstattung

Laser (AA20)

Sonstige (AA00)

Operationsmikroskop

Ultraschall-Resektionsgerät

ICP-Messgerät (Hirndruckmessung) (AA00)

OP-Navigationsgerät (AA24)

B-10.12 Personelle Ausstattung

B-10.12.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	0,0	
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	0,0	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	7,0	In der Abteilung arbeiten zusätzlich 4 Assistenzärzte.

Fachexpertise der Abteilung

Neurochirurgie (AQ41)

Intensivmedizin (ZF15)

Spezielle Schmerztherapie (ZF42)

B-10.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	16,0	3 Jahre	Zusätzlich werden 2,76 VK Auszubildende eingesetzt

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Praxisanleitung (ZP12)

Sonstige Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss (PQ00)

B-10.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Arzthelfer und Arzthelferin (SP02)

B-11 Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-11.1 Allgemeine Angaben der Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

Fachabteilung: Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
Art: Belegabteilung

Chefarzt: Dr. med. Ilias Emmanouil

Ansprechpartner:

Hausanschrift: Calenberger Esplanade 1
30169 Hannover

Telefon: 0511 929940
Fax: 0511 9299444

URL: www.hno-beratung.de
E-Mail: info@hno-beratung.de

B-11.2 Versorgungsschwerpunkte der Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

Diagnostik und Therapie von 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 (VH04)
Plastisch-rekonstruktive Chirurgie (VH13)
Schwindeldiagnostik/-therapie (VH07)
Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege (VH09)
Spezialsprechstunde (VH23)
Diagnostik und Therapie von Allergien (VI22)
Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege (VH12)
Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen (VH24)
Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren (VH19)
Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich (VH18)
Schnarchoperationen (VH25)

B-11.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

Audiometrie/Hördiagnostik (MP55)

B-11.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (SA03)

Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (SA11)

B-11.5 Fallzahlen der Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

Vollstationäre Fallzahl: 77

B-11.6 Diagnosen nach ICD

B-11.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	J34	27	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen

B-11.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (werden nicht dargestellt)

B-11.7 Prozeduren nach OPS

B-11.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-215	65	Operation an der unteren Nasenmuschel
2	5-214	37	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand
3	5-224	30	Operation an mehreren Nasennebenhöhlen
4	5-984	14	Operation unter Verwendung optischer Vergrößerungshilfen, z.B. Lupenbrille, Operationsmikroskop
5	5-221	12	Operation an der Kieferhöhle
6	5-281	7	Operative Entfernung der Gaumenmandeln (ohne Entfernung der Rachenmandel) - Tonsillektomie ohne Adenotomie
7	5-291	<=5	Operation an meist flüssigkeitsgefüllten Hohlräumen im Halsbereich, die sich bis zur Geburt nicht vollständig verschlossen haben (Kiemengangsreste)
8	5-292	<=5	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem

			Gewebe des Rachens
9	5-300	<=5	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Kehlkopfes
10	5-403	<=5	Komplette, operative Entfernung aller Halslymphknoten - Neck dissection

B-11.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (werden nicht dargestellt)

B-11.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Die ambulante Behandlung wird in der HNO-Praxis durchgeführt

B-11.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-285	37	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)
2	5-200	34	Operativer Einschnitt in das Trommelfell

B-11.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein
 Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-11.11 Apparative Ausstattung

Sonstige (AA00)

- Schlafpolygraphie
- Hirnstammaudiometrie
- Otoakustische Emmissionen
- Videonystagmographie
- Optokinetik
- Posturographie
- Allergiediagnostik

Audiometrie-Labor (AA02)

Hörtestlabor

Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/Duplexsonographiegerät (AA29) (keine 24h-Notfallverfügbarkeit)

Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/farbkodierter Ultraschall

B-11.12 Personelle Ausstattung

B-11.12.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	0,0
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	1,0

Fachexpertise der Abteilung

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (AQ18)

Allergologie (ZF03)

Schlafmedizin (ZF39)

Sonstige Zusatzweiterbildung (ZF00)

Umweltmedizin

B-11.12.2 Pflegepersonal

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

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	0,5	3 Jahre

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Praxisanleitung (ZP12)

Sonstige Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss (PQ00)

B-11.12.3 Spezielles therapeutisches Personal (wird in dieser Klinik nicht eingesetzt)

B-12 Strahlenheilkunde

B-12.1 Allgemeine Angaben der Strahlenheilkunde

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
E-Mail: Marstall.Therapie@t-online.de

B-12.2 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
von gynäkologischen Tumoren sowie von Tumoren der Lunge und des Mediastinums
von anderen bösartigen Tumoren und gutartigen Erkrankungen

Schwerpunkte:

Kombinierte Tele- und Brachytherapie
Kombinierte Radio-Chemotherapie
Enge interdisziplinäre Zusammenarbeit im Hause
Radioonkologische Beratung von Kollegen auch in anderen Kliniken oder Praxen
Nachsorgeuntersuchungen

B-12.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Strahlenheilkunde

siehe Angaben unter A-9

B-12.4 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-12.5 Fallzahlen der Strahlenheilkunde

Vollstationäre Fallzahl: 95

B-12.6 Diagnosen nach ICD

B-12.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C79	26	Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in sonstigen Körperregionen
2	C34	18	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs
3	C15	<=5	Speiseröhrenkrebs
4	C16	<=5	Magenkrebs
5	C20	<=5	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs
6	C50	<=5	Brustkrebs
7	C49	<=5	Krebs sonstigen Bindegewebes bzw. anderer Weichteilgewebe wie Muskel oder Knorpel
8	C61	<=5	Prostatakrebs
9	J18	<=5	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
10	C07	<=5	Ohrspeicheldrüsenkrebs

B-12.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (werden nicht dargestellt)

B-12.7 Prozeduren nach OPS

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

B-12.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-522	1118	Strahlenbehandlung mit hochenergetischer Strahlung bei Krebskrankheit - Hochvoltstrahlentherapie
2	8-529	130	Planung der Strahlenbehandlung für die Bestrahlung durch die Haut bzw. die örtliche Bestrahlung
3	8-528	126	Überprüfen der Einstellungen vor dem Beginn einer Strahlenbehandlung
4	8-527	62	Herstellen bzw. Anpassen von Hilfsmitteln zur Strahlenbehandlung
5	8-525	32	Sonstige Strahlenbehandlung mit Einbringen der umhüllten radioaktiven Substanz in den Bereich des erkrankten Gewebes
6	8-542	19	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut
7	8-800	16	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
8	8-543	11	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden
9	8-982	9	Fachübergreifende Sterbebegleitung
10	8-390	<=5	Behandlung durch spezielle Formen der Lagerung eines Patienten im Bett, z.B. Lagerung im Schlingentisch oder im Spezialbett

B-12.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (werden nicht dargestellt)

B-12.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Strahlentherapie im Friederikenstift	
Ambulanzart	Belegarztpraxis am Krankenhaus (AM15)

B-12.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Strahlentherapeutische Leistungen werden in der Praxis ambulant angeboten.
Entfällt

B-12.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein
 Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-12.11 Apparative Ausstattung

Computertomograph (CT) (AA08) (24h-Notfallverfügbarkeit)
 Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen
 Geräte zur Strahlentherapie (AA16)

B-12.12 Personelle Ausstattung

B-12.12.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	0,0
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	2,0

Fachexpertise der Abteilung

Nuklearmedizin (AQ44)
 Strahlentherapie (AQ58)

B-12.12.2 Pflegepersonal

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

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	2,6	3 Jahre

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung (werden in dieser Klinik nicht eingesetzt)

B-12.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Sonstige (SP00)
 6 MTRA

B-13 Anästhesie- und Intensivmedizin

B-13.1 Allgemeine Angaben der Anästhesie- und Intensivmedizin

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: sekretariat.anaest@Friederikenstift.de

B-13.2 Versorgungsschwerpunkte der Anästhesie- und Intensivmedizin

Versorgungsschwerpunkt in sonstigem medizinischen Bereich (VX00)

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-13.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Anästhesie- und Intensivmedizin

Kinästhetik (MP21)

B-13.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Anästhesie- und Intensivmedizin

B-13.5 Fallzahlen der Anästhesie- und Intensivmedizin

Vollstationäre Fallzahl: 0

Anästhesieleistungen gesamt 14.244, davon

Vollnarkosen 10.500
Regionalanästhesien 2.868
Schmerzkatheter 501

Stationäre Patienten auf der operativen Intensivstation ?

B-13.6 Diagnosen 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 Eingriffe .

B-13.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Entfällt, siehe B-13.6

B-13.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

Entfällt, siehe B-13.6

B-13.7 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-13.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-701	94	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation

B-13.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (werden nicht dargestellt)

B-13.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-13.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

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

Geräte für Nierenersatzverfahren (AA14) (24h-Notfallverfügbarkeit)
 Gastroenterologisches Endoskop (AA12) (24h-Notfallverfügbarkeit)
 Gerät zur Magen-Darm-Spiegelung
 Cell Saver (AA07)
 Eigenblutaufbereitungsgerät

B-13.12 Personelle Ausstattung

B-13.12.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	29,9
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	13,2
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0,0

Fachexpertise der Abteilung

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

B-13.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	26,7	3 Jahre

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Praxisanleitung (ZP12)
 Sonstige Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss (PQ00)
 Anästhesie / Intensivmedizin

B-13.12.3 Spezielles therapeutisches Personal (werden in dieser Klinik nicht eingesetzt)

B-14 Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie

B-14.1 Allgemeine Angaben der Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie

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
EMail: Sekretariat.Roe@Friederikenstift.de

Nach dem Tod von Prof. Hendrickx führt Frau Dr. Boy die Klinik kommissarisch.

B-14.2 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)
Szintigraphie (VR18)
Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren (VR09)
Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie) (VR07)
Quantitative Bestimmung von Parametern (VR29)
Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT) (VR19)

B-14.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie

siehe Angaben unter A-9

B-14.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie

siehe Angaben unter A-10

B-14.5 Fallzahlen der Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie

Die stationäre Fallzahl ist 0, da die Patienten auf anderen Fachabteilungen liegen und der Radiologie keine Betten zugeordnet werden.

B-14.6 Diagnosen nach ICD

Entfällt, da keine bettenführende Abteilung.

B-14.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Entfällt, siehe B-14.6

B-14.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

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

B-14.7 Prozeduren nach OPS

B-14.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-200	2382	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
2	3-225	652	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel
3	3-226	638	Computertomographie (CT) des Beckens mit Kontrastmittel
4	3-203	530	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel
5	3-802	518	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel
6	3-222	474	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel
7	3-205	464	Computertomographie (CT) des Muskel-Skelettsystems ohne Kontrastmittel
8	3-800	430	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel

9	3-820	406	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel
10	3-207	274	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel

B-14.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

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-14.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

CT-gesteuerte Interventionen	
Ambulanzart	Sonstige Art der Ambulanz (AM00)

B-14.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Entfällt, da keine bettenführende Abteilung.

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

Die apparative Ausstattung erfolgt in Kooperation mit der Röntgenpraxis am Marstall.

Angiographiegerät/DSA (AA01) (24h-Notfallverfügbarkeit)

Gerät zur Gefäßdarstellung

Computertomograph (CT) (AA08) (24h-Notfallverfügbarkeit)

Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen

Magnetresonanztomograph (MRT) (AA22) (24h-Notfallverfügbarkeit)

Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder

Mammographiegerät (AA23)

Röntengerät für die weibliche Brustdrüse

Röntengerät/Durchleuchtungsgerät (AA27) (24h-Notfallverfügbarkeit)

B-14.12 Personelle Ausstattung

B-14.12.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	16,0	Die Gesamtzahl schließt die Kooperation mit der Röntgenpraxis am Marstall mit ein.
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	6,2	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0,0	

Fachexpertise der Abteilung

Nuklearmedizin (AQ44)

Radiologie (AQ54)

Radiologie, SP Neuroradiologie (AQ56)

Strahlentherapie (AQ58)

Magnetresonanztomographie (ZF23)

Röntgendiagnostik (ZF38)

B-14.12.2 Pflegepersonal

In dieser Klinik wird kein Pflegepersonal eingesetzt.

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	0,0	3 Jahre	Mitarbeitende aus der Pflege werden in der Röntgenabteilung nicht eingesetzt.

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung (werden in dieser Abteilung nicht eingesetzt)

B-14.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Sonstige (SP00)

19,01 Vollkräfte MTRA

C Qualitätssicherung

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

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

C-1.1 Im Krankenhaus erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

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

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

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

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

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

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP teil:

Brustkrebs (BRU)

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Die Klinik für Allgemein-, Visceral- und Gefäßchirurgie nimmt an der Qualitätssicherungsstudie Rektumcarcinom (Primärtumor) der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie teil.

Die Neurologische Klinik beteiligt sich an dem Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland. Zu jedem Schlaganfallpatienten werden umfangreiche Qualitätsfragebögen ausgefüllt und zur zentralen Auswertung an die Uni Münster geschickt. Diese erstellt halbjährlich einen ausführlichen Qualitätsbericht mit Bench-Marking. Die Ergebnisse werden regelmäßig und protokolliert in Stroke Team Sitzungen (Ärzte, Pflege und Therapeuten) im Sinne eines PDCA-Zyklus kommuniziert.

Qualitätsindikatoren unter anderem:

Informationen des Patienten und des sozialen Umfeldes
Frühzeitige Rehabilitation, Physiotherapie und Ergotherapie
Antithrombotische Therapie
Bildgebung und Hirngefäßdiagnostik
Krankenhaussterblichkeit
Pneumonierate
Screening für Schluckstörungen
Frühe systemische Thromobolyse

Die Klinik für Hand- und Plastische Chirurgie nimmt an einem überregionalen Qualitätszirkel für Plastische und Ästhetische Chirurgie teil.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

	Mindestmenge	Erbrachte Menge
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	11

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

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

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

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

Diese grundsätzliche Ausrichtung hat längerfristigen Bestand. Im Jahr 2008 intensivierte der Leitbildausschuss seine Arbeit und überarbeitete das Unternehmensleitbild. Diese Überarbeitung wird 2009 veröffentlicht. (siehe auch D-5):

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. Dennoch sind wir uns bewusst, dass die Wirklichkeit an manchen Stellen hinter dem Leitbild zurückbleibt. Dies wird Anlass zu ständiger Verbesserung und Veränderung sein.

Leitbild der Diakonische Dienste gGmbH (DDH)

Das Unternehmensleitbild des Diakoniekrankenhauses Friederikenstift gGmbH war zusammen mit den Leitbildern und Grundsätzen der anderen Einrichtungen der Diakonische Dienste gGmbH, Annastift, Friederikenstift und Henriettenstiftung, Grundlage für die Gestaltung eines gemeinsamen übergeordneten Leitbildes der Holding. Gleichzeitig hat jede Betriebsgesellschaft der Holding die Möglichkeit, ihr Leitbild im Sinne der Holding weiter zu führen, zu gestalten und entsprechend umzusetzen.

Das Leitbild der DDH nimmt Bezug auf die Wurzeln und Zielsetzungen der genannten Einrichtungen. Besonders betont werden die professionelle Hilfe und Betreuung auf der Grundlage des christlichen Glaubens für alle Bevölkerungsgruppen, die Stärke durch die haupt- und ehrenamtlich Tätigen, eine professionelle Bildungsarbeit und ein ständiger Entwicklungsprozess.

Konkretisiert werden Aussagen zum Menschbild, zur Kundenorientierung, Mitarbeiterorientierung und Kompetenzen, zu Leitung, Wirtschaftlichkeit, Beziehung zu Partnern und Gesellschaft sowie zur Umwelt.

Qualitätspolitik des Diakoniekrankenhauses 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 Pflegende 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, Babykorbchen, 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 unter Anderem eine weitere Konkretisierung in folgenden Konzepten:

Personalentwicklung:

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

Ein von der DDH initiiertes Anstoß zu flächen deckenden jährlichen Personalentwicklungsgesprächen wurde im Jahr 2008 soweit entwickelt, dass im Jahr 2009 nach Schulung der Verantwortlichen mit Pilotbereichen gestartet werden konnte.

Die Akademie der DDH deckt einen Großteil der innerbetrieblichen Fortbildungen ab. Der Qualifizierungsbedarf wird in allen Einrichtungen und Abteilungen von den Verantwortlichen ermittelt und in einem vereinbarten Verfahren an die Akademie weitergeleitet, die daraus ein Angebot für die Mitarbeitenden erstellt.

Schulungen sowie spezieller, kurzfristiger Bedarf werden in den Abteilungen des

Diakoniekrankenhauses Friederikenstift selber bedient.

Das Friederikenstift ist akademisches Lehrkrankenhaus und bietet für Ärzte die Möglichkeit zur Facharzt Ausbildung. Ebenso stehen über die Akademie der DDH Plätze für Fachweiterbildungen zur "Fachkraft für Anästhesie- und Intensivpflege" und 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.

Frei werdende Stellen aller Bereiche werden innerbetrieblich in der DDH ausgeschrieben. Im Sinne eines beruflichen Aufstiegs wird der Großteil dieser Stellen mit Mitarbeitenden besetzt.

Angebote der Schwesternschaft zu religiösen, spirituellen Themenstellungen und Fragen der Lebensgestaltung stehen ebenfalls allen Mitarbeitenden offen.

Umweltschutzmanagement

Es besteht ein Abfallwirtschaftskonzept. Ein Abfall-Beauftragter ist benannt. Ferner wird an den Standorten eine Mülltrennung vorgenommen. Die Wärmeversorgung in unserer Liegenschaft Hachmühlen (Berufsgenossenschaftliche Sonderstation – Zentrum für integrative Rehabilitation) erfolgt über ein externe Biogasanlage in Bad Münde.

Patientenorientierung

Zentrale Instrumente zur Überprüfung unserer Qualität stellen sowohl die kontinuierliche als auch die punktuelle PatientInnenbefragung sowie das Beschwerdemanagement dar (siehe auch D-5).

Die Ergebnisse werden den Abteilungen jeweils übermittelt. In der Verantwortung der Führung liegt es, daraus Verbesserungspotentiale, Ziele und Maßnahmen zu entwickeln und zu planen, die im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses, dem PDCA-Zyklus (Plan – Do – Check – Act, Planen – Umsetzen – Überprüfen – Weiterentwickeln), weiter verfolgt werden.

Qualitätsmanagement

Eine intensive Diskussion in unterschiedlichen Gremien der DDH insbesondere der Geschäftsführungen und im Qualitätsmanagement bezüglich der Ausrichtung des Qualitätsmanagements fand ihren Abschluss darin, dass eine Orientierung an der 9000er Familie des DIN EN ISO für alle Betriebsgesellschaften maßgeblich ist und eine Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2008 in den nächsten Jahren angestrebt wird. Sofern möglich und gewünscht können sich die Betriebsgesellschaften zusätzlich nach proCum Cert (für konfessionelle Einrichtungen) zertifizieren lassen.

D-2 Qualitätsziele

Patientenbefragung

Die Ergebnisse der Patientenbefragungen 2008 wurden wie folgt kommuniziert:

In der Geschäftsführung und im Qualitätsmanagement wurden die Gesamtergebnisse verteilt, gesichtet und auffällige Ergebnisse diskutiert

Wegen einer geringen Rücklaufquote war eine statistische Auswertung nicht möglich.

Da auch die Rücklaufquote bei der letzten Befragung nicht zufrieden stellend war, ergibt sich für eine Folgebefragung ein verstärkter Handlungsbedarf zur Steigerung der Quote und damit zu Überlegungen im Verfahren.

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 und Verbesserungsmaßvorschläge schriftlich ausgehändigt bekam.

Die Stellungnahmen wurden anschließend im QM-Büro systematisch zusammengestellt.

Aus der Patientenbefragung 2008 abgeleitete Verbesserungsvorschläge:

(Zum Teil sind diese Ziele stations-/abteilungs-/berufsgruppen-/klinik- oder einrichtungsbezogen)

- Erhöhung der Rücklaufquote bzw. Überdenken des Verfahrens der Patientenbefragung
- Mehr kleine Zimmer mit sanitären Anlagen
- Überarbeitung von Reinigungs- und Hygienestandards
- Konsequente Umsetzung des Entlassungsmanagements
- Neue Formen der Speisenversorgung (Büfett, erweiterte Wahlmöglichkeiten, Getränke, Zeiten)
- Kunden-orientierte Kommunikationsschulungen
- Verkürzung von Wartezeiten
- Festgelegte Visitenzeiten ggf. auch für Angehörige („Visitensprechstunde“)

Das Qualitätsforum formulierte folgende Ziele

- Ermöglichung eines geregelten Beschwerdewesens für Mitarbeitende
- Notwendigkeit einer Befragung von Mitarbeitenden
- Klärung von Aufgabe und Funktion der Mitglieder des Qualitätsforums
- Reduzierung der Erstellung von Arbeits- und Verfahrensanweisungen, ggf. von vorhandenen
- Überlegung zum ¼ jährlichen Papierversand eines aktualisierten Inhaltsverzeichnisses der QM-Ordners, ansonsten nur im Intranet
- Bearbeitung von Kernprozessen, wie z.B. der Reorganisation des Aufnahmeprozesses
- Erfassung aller Projekte / Controlling

Aus dem Bericht zur Visitation generierte Ziele:

Projektmanagement:

Die Strukturen und Abläufe des Projektmanagements sollten strukturiert überprüft werden. Langfristig sollte die Umsetzung von Projektergebnissen überwacht werden.

(Übernimmt die Geschäftsführung)

Kennzahlen/Audits:

Interne Audits und Kennzahlen sollten regelhaft angewandt werden. Strukturierte Erhebungen und Auswertungen von Kennzahlen für Kernprozesse und Abweichungen vom geplanten Behandlungsverlauf sollten erfolgen.

(Kennzahlen werden für neu erarbeitete Anweisungen aufgenommen und im Rahmen der Orientierung an DIN EN ISO intensiviert. Audits erfolgen ebenfalls gezielter und intensiver im Hinblick auf DIN EN ISO.)

Außenkontakte:

Strukturierte Kontakte mit externen Einrichtungen und niedergelassenen Ärzten sollten gepflegt und Befragungen durchgeführt werden.

(Kontakte werden überwiegend von den Chefarzten der Kliniken durch persönliche, telefonische und verschiedene interne Veranstaltungen gepflegt. Kontakte zu unterschiedlichen Einrichtungen und Personen innerhalb der DDH werden intensiviert.)

MitarbeiterInnengespräche:

Strukturierte MitarbeiterInnengespräche mit Zielvereinbarungen sollten in allen Bereichen implementiert werden.

(Fokussiert werden Personalentwicklungsgespräche)

Kommunikation der Ziele und Zielerreichung

Ziele und deren Erreichung werden auf unterschiedlichen Ebenen und verschiedene Weise kommuniziert.

Die Messung und Evaluation von Daten über die Zielerreichung erfolgt über das Controlling, das Medizincontrolling oder über abteilungsinterne Erfassungswege.

So werden über das Controlling z.B. personalwirtschaftliche Daten, über das Medizincontrolling z.B. Erfassungen für die externe Qualitätssicherung und in den Abteilungen z.B. Wartezeiten, Stürze

erfasst und ausgewertet. Daraus ergeben sich unterschiedliche Aufbereitungen, Auswertungsmodifikationen und Kommunikationserfordernisse.

Betreffen Zielinformationen wirtschaftliche und qualitätsbezogene Inhalte und die gesamte Einrichtung werden Sie entweder von der Geschäftsführung in Betriebsversammlungen vermittelt oder jede Geschäftsführung kommuniziert sie im Zuständigkeitsbereich über geregelte Kommunikationsstrukturen in entsprechenden Sitzungen/Konferenzen oder per Mailverteiler. Regelmäßige Auswertungen bzgl. eines Zielcontrollings werden direkt aus der Controlling-Abteilung an die Verantwortlichen geleitet und ggf. in einem Gespräch über Steuerungsbedarf nachgedacht. Über das Medizincontrolling erhalten diese auch DRG relevante (fallbezogene) Informationen und über das Qualitätsmanagement Ergebnisse der externen Qualitätssicherung. Die jeweiligen Führungspersonen sind für eine adäquate Diskussion der Informationen mit den Beteiligten und einer eventuellen Planung von Maßnahmen bei erkennbaren Verbesserungspotentialen verantwortlich.

Protokollführung

Durch das mittlerweile gut eingeführte Protokollwesen ist gewährleistet, dass unerledigte Angelegenheiten so lange zur nächsten Sitzung mitgeführt werden, bis sie erledigt sind. Jedes Protokoll nimmt die bei der Statusprüfung noch nicht abgeschlossenen Punkte erneut als 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.

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 Verfahrensweisungen beschrieben. Das System hat folgende Organisationsstruktur:

1. Die Qm-Lenkungsgruppe ist in die Geschäftsführungssitzungen integriert

Bei dieser Sitzung sind vertreten

- Geschäftsführung (kaufmännisch, medizinisch, pflegerisch, theologisch)
- Vertreter Chefärzte
- QMB – Diakoniekrankenhaus Friederikenstift gGmbH (= Qualitätsmanagement - Beauftragte für das gesamte Krankenhaus mit den drei Standorten)
- QM - Pflege (= Qualitätsmanagement in der Pflege)
- Mitarbeitervertretung

Die Geschäftsführung fällt nach Beratung mit den anderen Mitgliedern alle QM relevanten Entscheidungen, sowohl grundsätzlicher und strategischer Art als auch solche über Ressourcen, Anweisungen und Prozesse.

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 die QM-Lenkungsgruppe 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 Qualitätshandbuchs 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.

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 Unternehmensgruppe der „Diakonischen Dienste Hannover gGmbH“ ist das Diakoniekrankenhaus Friederikenstift durch die Qualitätsmanagementbeauftragte in der QM-Steuerungsgruppe vertreten. Diese Gruppe koordiniert die QM-Aktivitäten der Betriebsgesellschaft. Für 2012 ist die Zertifizierung des Gesamtunternehmens nach DIN EN ISO 9001:2008 geplant.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

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

Leitbildausschuss

Ausgangslage:

- Optimierungsbedarf in der Arbeit des Ausschusses wird seitens der Mitglieder angemeldet
- Bedarf für einen Ort zur Aufnahme, zum Umgang und zur Bearbeitung von Mitarbeiterbeschwerden wird erkannt

Ziele:

- Optimierung der Arbeit des Leitbildausschusses
 - o Neuordnung des Ausschusses
- Eventuelle Entwicklung zu einem interdisziplinären Mitarbeiterbeschwerde- und Leitbildausschuss

Umsetzung:

- Geschäftsführungsbeschluss zur Einrichtung eines interdisziplinär besetzten Mitarbeiterbeschwerde- und Leitbildausschuss
- Neuordnung des Ausschusses bzgl. Leitung und Zusammensetzung
- Erarbeitung einer Geschäftsordnung
- Kommunikation der Veränderungen in der Mitarbeiterschaft und entsprechende Akquise der Mitglieder aus den verschiedenen Bereichen

Konkreter Auftrag der Geschäftsführung:

- Überarbeitung des Unternehmensleitbildes

Ausführung:

- Durchführung eines Workshops (2008)
 - o Erweitere Teilnahme über den Leitbildausschuss hinaus
 - o Überarbeitung des Inhalts (Abgleich mit DDH-Leitbild/ Diakonisches Profil)
 - o Überarbeitung des Layouts
 - o Effekte des Workshops:
 - § Vermittlung des Leitbildinhalts
 - § Förderung der Identifikation und Umsetzung
 - § Impulse, Ideen, Verbesserungspotentiale von Mitarbeitenden
 - § Einbindung des Leitbildes in DDH-Strukturen und Leitgedanken

Ergebnis:

- Geschäftsordnung des Leitbildausschusses (Beschwerdeausschuss zurückgestellt, MAV befasst sich mit Möglichkeiten auf DDH-Ebene)
- Text ist überarbeitet
- Erarbeitung eines neuen Layouts
- Konkrete Fragestellung: Bedarf und Angebot bzgl. Gesundheitsmanagement für Mitarbeitende im Friederikenstift und der Verknüpfung mit diesbezüglichen Aktivitäten auf DDH-Ebene

Ausblick und Nutzung:

- Nutzung des Leitbildes für
 - o Jahresgespräche/Personalentwicklungsgespräche
 - o Zielvereinbarungsgespräche mit Leitungspersonen (Mitarbeiterführung, Patienten-/Kundenorientierung, Ökologie u.v.m.)
 - o Mitarbeiterführungstage
 - o Generierung von Fortbildungsangeboten und Integration in bestehende Angebote
- Integration von leitbildrelevanten Fragen in Patienten-/Mitarbeiterbefragungen

Audit: Entlassungsmanagement

Eine Studentin der Pflege- und Gesundheitswissenschaft der Martin-Luther- Universität Halle Wittenberg führte im Jahr 2008 ein größer angelegtes Audit zum Entlassungsmanagement durch.

Ziel des Audits:

- Stärken und Verbesserungspotentiale des Entlassungsmanagements werden sichtbar

Auswahl von Prüfkriterien:

- Ausgewählte Prozessschritte der vorhandenen Verfahrensanweisung
 - o Nutzung der Assessments
 - § initial, differenziert
 - § Praktikabilität/ Nutzen/ Verbesserungspotentiale
 - o Kommunikation der beteiligten Berufsgruppen
 - o Pflegeüberleitungsbogen
 - o „48 Stunden-Check“

Durchführung

- Leitfaden gestützte Interviews mit pflegerischen Leitungen auf den Stationen
 - o Nutzung der vorhandenen Verfahrensanweisung für den Leitfaden
- Interviews mit dem Sozialdienst
- Dokumentenanalyse (Pflegedokumentation)

Ergebnisse:

- Optimierung der Festlegung und Kommunikation der Entlassung
- Problem der getrennten ärztlichen und pflegerischen Dokumentation
- Intensivere Nutzung und Integration des Assessments bzw. der entsprechenden Formulare (Überarbeitung erforderlich)
- Stärkere Verknüpfung der Dokumentationen Pflege-Sozialdienst
- Einbindung des Pflegeüberleitungsbogens
- Rückläufige Anzahl an Beanstandungen beim „48-Stunden-Check“ (heterogene, fallbezogene Themen)
- Gute, zeitnahe Kommunikation zwischen Station und Sozialdienst

Ausblick:

- Überarbeitung der Verfahrensanweisung incl. dazu gehörender Formulare und Sekundärprozesse in 2009
- Auswertungen des „48-Stunden-Check“ nicht mehr jährlich sondern unmittelbar nach bekanntwerden

Teilnahme an externen Qualitätsaktivitäten zur Messung und Verbesserung der Qualität

- Neurologie: Qualitätsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland
 - o Erfassung von Qualitätsindikatoren mit Zentraler Auswertung durch die Universität Münster
 - o Halbjährlicher Qualitätsbericht mit Benchmarking
 - o Ergebnisdiskussion im Sinne des PDCA Zyklus in der Berufsgruppen übergreifenden, protokollierten Teamsitzungen der Stroke Unit
- Frauenklinik:
 - o Meldung der Malignome an das niedersächsische Krebsregister
- Hand- und Plastische Chirurgie
 - o Teilnahme am Qualitätszirkel „Plastische Chirurgie“ (zertifiziert von der Ärztekammer Niedersachsen)
- Zentrum für Innere Medizin
 - o Doppelballonregister zur Erfassung der Komplikationen einer Doppelballonenteroskopie
 - o Tumorboard
 - o Palliativkonferenz
- Urologie
 - o Im Rahmen der Vorgaben des Prostatazentrums

Dekubitusprophylaxe

Die Umsetzung des nationalen Expertenstandards „Dekubitusprophylaxe“ ist in Arbeitsanweisungen beschrieben. Diese befassen sich mit der Prophylaxe, der Erfassung von Dekubiti und deren Behandlung.

Jeder gefährdete Patient wird mittels einer Risikoskala (nach Braden) bzgl. der Entstehungswahrscheinlichkeit eines Druckgeschwürs eingeschätzt. Daraus resultieren jeweils unterschiedliche prophylaktische Maßnahmen von der Information des Patienten ggf. seiner Angehörigen zu wiederholtem Lagerungswechsel, Übernahme der Mobilisation und des Lagerungswechsel durch das Pflegepersonal bis hin zur Anwendung von Hilfsmitteln und Spezialmatratzen, deren gezielter Einsatz je nach Risiko geregelt ist.

Des Weiteren wird auf eine adäquate Ernährung und eine entsprechende Körper- und Hautpflege geachtet.

Die Pflegenden sind in der Anwendung von prophylaktischen Maßnahmen geschult.

Jeder vorhandene oder dennoch entstandene Dekubitus wird über eine gesonderte Checkliste an die Pflegedienstleitung gemeldet, die die Ursachen und ggf. mit den Beteiligten Verbesserungspotentiale ermittelt.

Eine jährliche (ab 2009 vierteljährliche) Auswertung dieser Checklisten und der dazu geführten Umstände wird im Pflegebereich präsentiert, diskutiert und auf Veränderungsbedarf in den Vorgehensweise überprüft. Dies geschieht im Rahmen von Sitzungen der Pflegedienstleitungen und der Stationsleitungen.

Ebenfalls dienen die Ergebnisse aus der verpflichtenden externen Qualitätssicherung zum Dekubitus, die jährlich vom 01.01. bis zum 31.03. bei allen PatientInnen, die 75 Jahre und älter sind, erhoben werden, als Grundlage zur Ermittlung von Verbesserungspotential in der eigenen Einrichtung.

Schmerzmanagement

siehe D-5 Qualitätsmanagementprojekte

Sturzprophylaxe

siehe D-5 Qualitätsmanagementprojekte

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 beginnt 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 Patienten haben zudem die Möglichkeit ihre Beschwerden bzw. ihr Lob in einen sogenannten „Roten Briefkasten“ zu werfen, welcher in der Eingangshalle der jeweiligen Standorte beherbergt ist.

Die Krankenhausleitung nimmt sich aller Beschwerden an, die über die eben beschriebenen Wege 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 Hygieneorders.

Chefarztkonferenz / Jour fix

In den regelmäßigen Chefarztkonferenzen, die 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.

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.

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

Patientenbefragungen werden in 2 Jahres Intervallen durchgeführt. Es handelte sich um eine Stichpunkt-Befragung von einem Monat.

Hier wird die Vorgehensweise für die Befragung dargestellt:

Zielsetzung:

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

Fragebogen:

Wir verwendeten 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 die entsprechende Anzahl Fragebögen auf den Stationen verteilt. Die Stationen erhielten dazu eine Kurzanleitung:

1. Jeder deutschsprachige Patient erhält 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. Zum Schluss 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.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Zahl der zurückgegebenen Fragebögen

rückläufig war. Jedoch kann im Bereich der „Allgemeinen Zufriedenheit“ ein Anstieg der Note „gut“ von im Jahre 2006 54% auf im Jahre 2008 57% verzeichnet werden. Durch die Patienten positiv bewertet wird auch die Sauberkeit der Zimmer, diese stieg von durchschnittlich 61% im Jahre 2005 und 2006 auf aktuelle 66% bei der Bewertung „tadellos“. 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 Risikoskala 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 regelmäßig 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 hygiene relevanten 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 beschriebene Projekte betreffen überwiegend das Jahr 2008:

ZePAS

(Zentrale Patientenaufnahme mit Servicecenter und zentralem Belegungsmanagement)

Hintergrund und Ausgangslage:

- Elektive PatientInnen werden dezentral durch die Kliniken einbestellt
- Administrative, medizinische und pflegerische Aufnahme laufen in den verschiedenen Kliniken unterschiedlich
- Wartezeiten auf den Stationen
- In chirurgischen Kliniken kommt Narkose-Visite durch Anästhesisten am Tag vor OP
- Patient hat zum Teil mehrere Wege zwecks Untersuchungen zurück zu legen

Zielsetzung:

- Optimale Durchlaufsteuerung der Patienten incl. Entlassungsmanagement
- Administrative, medizinische und pflegerische Aufnahme erfolgen zu einem Termin und zeitnah
- Kurze Wartezeiten, kurze Wege (Aufnahmediagnostik, ärztliche Aufklärung incl. Anästhesieaufklärung)
- Kompetente Ansprechpartner für gesamten Aufnahmeprozess
- Verbesserte interne Steuerung und Bettenbelegung
- Reduzierung von Belastungsspitzen und Reibungsverlusten in Leistungsbereichen und auf den Stationen
- Zielführende Einbestellung und Vorbereitung des stationären Aufenthalts
- Vermeidung von Doppeluntersuchungen
- Beratung bzgl. Serviceleistungen

Aufgabenstellung:

- Analyse des Ist-Prozedere
- Konzepterstellung
- Strukturelle Erfordernisse (Personal, Räumlichkeiten, Ausstattung etc.)
- Ablaufgestaltung im ZePAS (Inhalte, Zuständigkeiten, Kompetenzen, Schnittstellen etc.)
- Umsetzungsplan incl. Zeitschiene

Meilensteine und Ergebnisse:

- Gesamtkonzept
- Organigramm
- Verfahrensbeschreibung
- Aufgabenbeschreibungen

Projektverlauf:

Bildung einer „Kerngruppe Medizin“

- Erhebung der Ist-Situation des Aufnahme-prozedere in den Kliniken und Beschreibung der häufigsten Patientenpfade
 - o Modellierung eines einheitlichen Aufnahme-prozesses
 - o Nutzung der Pfade für spätere Aufnahmespezifikationen der Kliniken im ZePAS

Bildung einer Berufsgruppen übergreifenden interdisziplinären Projektgruppe

- Bearbeitung der Aufgabenstellung und Erarbeitung der Meilensteine bzw. Ergebnisse
- Erarbeitung eines Projektstrukturplans
 - o Projekt-Differenzierung in
 - § a) Zentrales Belegungsmanagement
 - § b) Patienten-Service
 - o Erhebung von Eckdaten

- § ElektivpatientInnen pro Wochentag
- § Personalzeitenbindung der Beteiligten im Aufnahmeprozess
- § Serviceleistungen (Wahlleistungen)
- Zusammenführung von Teilprozessen (Medizin, Pflege Administration evtl. weitere) zu einem Gesamtprozess
- Kapazitätsorientierte Planung unter Einbeziehung von OP, Intensivstationen, Funktionsbereichen (Dieser Teil wurde zunächst aus dem Projekt zurückgestellt, um die Komplexität nicht weiter zu erhöhen)
- Erarbeitung von Strukturen
 - Aktivzeit des ZePAS, Personal (Qualifikation)
 - Räumlichkeiten, Ausstattung, Ambiente
 - Funktionsbeschreibung, Aufgabenbeschreibung, Organigramm
 - EDV
 - Dokumentation

Arbeitsergebnisse:

- Aufgabenbeschreibung für Belegungsmanagement und Patienten-Service
- Ablaufpfad „Patienten-Service“
- Funktionsbeschreibung / Stelleausschreibung für die Leitung ZePAS
- EDV-Anforderungen
- Klärungsbedarf
- Ablauf zum weiteren Vorgehen
- Raumbedarfsplanung

Nächste Schritte:

Zur Umsetzung und Detailplanung schlägt die Projektgruppe vor:

- Eruiierung der räumlichen Möglichkeiten
- Entscheidung über Parallel-Einführung Belegungsmanagement und Patienten-Service oder nacheinander
- Nach Entscheidungen der Geschäftsführung (siehe Projektstand)
 - Stelleausschreibung für Leitung ZePAS
 - Antrag auf EDV-Support
 - Weiterentwicklung: Algorithmus Bettenbelegung, Klinikpfade, Service-Standards
- Qualifizierung der Leitung durch Hospitationen und Fortbildungen
 - Stellenplanung
 - Zeitplanungen
 - Aufbau und Beschreibung der konkreten Ablaufprozesse und Vereinbarungen mit den Beteiligten am ZePAS

Projektstand:

- Ein Architekt ist mit dem Entwurf einer örtlichen und räumlichen Gestaltung beauftragt
- Die Projektgruppe ruht bis zur Entwurfsvorlage und anschließenden Entscheidung der Geschäftsführung über das weitere Procedere

OP-Management

Projektauftrag:

- - Evaluation der aktuellen Abläufe in den Operationssälen
- - Feststellen von Verbesserungspotentialen
- - Umsetzung von Optimierungskonzepten

Hintergrund:

- Vermutete Ressourcen bei optimierter Ablaufgestaltung
- mögliche räumliche und/oder organisatorische Defizite
- Lösungsverschlüsse mit Mitarbeitenden erarbeiten

Projekthinhalte:

- Vergleich mit anderen Kliniken / Literatur (Benchmarking)
- Feststellen relevanter Kennzahlen zur Beurteilung des OP-Workflow
- Analyse des Workflow
- Analyse der Ressourcen
- Zielidentifikation incl. Feststellen von Potential für Zielkonflikte
- Analyse des vorhandenen Regelungen (z.B. OP-Statut)
- ggf. Entwicklung neuer Organisationsinstrumente

Erfordernisse:

- Projektressourcen
- Unterstützung der Leitung
- ggf. externe Unterstützung, externes Benchmarking, Workshop zum Veränderungsmanagement

Zielformulierungen im Sinne von Verbesserungspotentialen

- Schaffung von Stauraum
- Optimierung von Sieb- und Containerbestückung ggf. durch externe Beratung in der Zentralsterilisation
- EDV-Veränderungen durch Stiftscan-Verfahren und Standard-Hinterlegungen
- Überarbeitung bzw. Überprüfung der Umsetzung des OP-Statuts
- Synchronisierung von Arbeitszeiten (z.B. Reinigung)
- Mitarbeiterbefragung
- Schulung von Mitarbeitenden (z.B. Lagerungsworkshop)
- Gezielter, differenzierter Einsatz von Springern
- 24 h Erreichbarkeit des OP-Koordinators
- Flexibilisierung von Arbeitszeiten

Evaluation

Nach Vorstellung der Verbesserungspotentiale, der Ziele und daraus möglicher Weise erforderlichen Maßnahmen werden über die Geschäftsführung Aufträge an die entsprechenden Verantwortlichen formuliert. Die Auftragserledigungen werden je nach Tragweite und Umgang von den Verantwortlichen entsprechend bewertet bzw. der Geschäftsführung zur weiteren Bewertung mit entsprechenden Konsequenzen weitergeleitet.

Drei Stationen wachsen zusammen - Projekt Station 2 OSM

Im Frühjahr 2007 kam es aufgrund von Baumaßnahmen zu einer Verkleinerung einer Station im 2. Stock. Aller Voraussicht nach wäre diese kleine Station nicht in der Lage gewesen Personalausfälle aus eigener Kraft auszugleichen. Als Lösungsmöglichkeit bot sich eine Zusammenlegung von 2 Stationen der gleichen Fachabteilung an, doch dies stellte sich als nicht ausreichend dar. Durch den Umstieg in die 5-Tage-Woche und die damit verbundenen Veränderungen der Arbeitszeiten musste eine umfassendere Lösung für Stationen mit geringer Bettenzahl gefunden werden.

Zielsetzung für die Veränderung der Organisationsstruktur war:

- Gewährleistung der sicheren Patientenversorgung
- Optimierung der Personaleinsatzplanung
- Planungssicherheit bzgl. der Dienstzeiten und Arbeitsbelastung

Am 1. Mai 2007 startete das Projekt 2 OSM. Für die ehemals 3 Stationen gab es jetzt eine Stationsleitung und 3 Teamleitungen. Die wesentlichen Aufgaben der Stationsleitung sind u. a. die Personaleinsatzplanung, das Einleiten von Personalentwicklungsmaßnahmen sowie die Gewährleistung und Überprüfung der Qualität der Patientenversorgung und –Administration.

Die Schwerpunkte der Teamleitungen liegen in der Organisation der Praxisanleitung und in der Sicherstellung von allgemeinen und speziellen Arbeitsabläufen in Zusammenarbeit mit der Stationsleitung.

Mit der MAV wurde eine Pilotphase von 9 Monaten bis zum 31.01.2008 vereinbart.

Während dieser Zeit fanden regelmäßige Besprechungen auf Leitungsebene (SL, TL, PBL) und mit den Mitarbeitern der Station 2 OSM statt. Die Betroffenen hatten somit die Möglichkeit, Rückmeldungen zum Projekt zu geben.

Während der Pilotphase wurden die Vorteile einer gemeinsamen Dienstplanung und des übergreifenden Einsatzes der Mitarbeiter deutlich. Die Personalressourcen wurden besser genutzt, Mehrarbeit konnte weitestgehend vermieden werden. Die Mitarbeiter schätzten die Zuverlässigkeit des Dienstplanes und die regelmäßige garantierte Gewährung der freien Tage.

Die Pilotphase wurde erfolgreich abgeschlossen und nach der Genehmigung durch die MAV ab 01.07.2008 auf den gesamten Ost- Süd- Mitte Bereich unseres Hauses ausgedehnt.

Mit uns sind sie gut beraten!

Pflegerische Beratung für Krebserkrankte

Die Fachhochschule Hannover, Fakultät V Diakonie, Gesundheit und Soziales Abt. Pflege und Gesundheit führt gemeinsam mit dem Pflegedienst des Diakoniekrankenhauses Friederikenstift in der Klinik für Allgemein-, Visceral- und Gefäßchirurgie auf den Stationen 2 Mitte und 2 Süd ein Projekt durch.

Das Projekt beschäftigt sich mit der Information und Beratung für Patienten mit Kolonkarzinom. Das Forschungsvorhaben wird mit Mitteln des Landes Niedersachsen und dem Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) gefördert.

Pflegerische Beratung gewinnt in der Praxis zunehmend an Bedeutung durch wandelnde Anforderungen durch multimorbide, also gleichzeitig mehrfach erkrankte Menschen, durch die Zunahme chronische Erkrankter und gesetzlich formulierte Vorgaben und Rahmenbedingungen. Pflegende sind gefordert (chronisch) kranke Menschen bei verkürzter Verweildauer in den Krankenhäusern bedarfs- und zielgerecht zu beraten. Dies erfordert ein wissenschaftlich fundiertes und konzeptionell geleitetes Handeln.

Mit dem seit 2004 geltenden neuen Krankenpflegegesetz wird in § 3 Beratung, Anleitung und Unterstützung von Patienten und ihrer Bezugspersonen explizit als Ausbildungsziel festgeschrieben. Die Entwicklung von entsprechenden Beratungskonzepten zur Realisierung des Ausbildungsziels ist somit eine dringliche Aufgabe der Disziplin Pflege.

Pflegende sollen in die Lage versetzt werden, evidenzbasiert den Beratungsbedarf zu erheben und Patienten personen-, situations- und fachgerecht zu beraten. Durch diese Beratung soll die Kompetenz der Patienten im Umgang mit ihrer Krankheit erhöht werden.

Auf Basis des kooperativen Beratungskonzepts von Hüper/Hellige soll eine spezifische pflegerische Beratung für Menschen mit Kolonkarzinom unter besonderer Berücksichtigung der Schmerzbewältigung entwickelt und implementiert werden. Geschlechtsspezifische und schichtspezifische Besonderheiten werden dabei berücksichtigt.

Die Ergebnisse des Innovationsprojektes können nach der Evaluation auf weitere Bereiche der stationären Versorgung übertragen werden. So wird diese Form der Beratung schließlich vielen Patienten Unterstützung bieten.

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

- Verfahrensweisung 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.

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.

In den Folgejahren 2007 – 2009 wurde die projekthafte Einführung und dauerhafte Implementierung fortgesetzt.

Zunächst wurde das allgemeine Konzept zum Schmerzmanagement auf alle Stationen ausgeweitet, wobei die Spezifika einzelner Abteilungen wie z.B. Aufwachsraum und Intensivstation Berücksichtigung fanden.

Im regelmäßig tagenden Qualitätszirkel „Schmerzmanagement“ wurden für die allgemeinen Pflegestationen der operativen Kliniken Algorithmen zur Verabreichung von Schmerzmedikamenten erarbeitet und über entsprechende Schulungen und Fortbildungen implementiert.

Über das Diakoniekrankenhaus Friederikenstift gGmbH hinaus findet bezüglich des jeweiligen Entwicklungs- und Kenntnisstands sowie Erfahrungen im Schmerzmanagement informell, strukturiert und in Fortbildungsveranstaltung ein Austausch mit den anderen Krankenhäusern der DDH gGmbH, Diakoniekrankenhaus Annastift gGmbH und Diakoniekrankenhaus Henriettenstift gGmbH, statt.

Das erklärte Ziel der drei Krankenhäuser bleibt die Zertifizierung des Schmerzmanagements in 2009 bzw. 2010.

Sturzprophylaxe (Umsetzungsprojekt: von 2007 – 2009)

Ziel:

- Konzept und Umsetzung des nationalen Expertenstandards „Sturzprophylaxe“

Ablauf:

- Bildung einer Projektgruppe
- Literaturarbeit, Besuch von Fortbildungen
- Erarbeitung von Instrumenten:
 - o Informationsflyer für PatientInnen und Angehörige
 - o Arbeitsanweisungen
 - o Dokumentationsmaterial (Jeweils Patienten bezogen):
 - § Hinweis in der Pflegeanamnese
 - § Einschätzung der Risikofaktoren
 - § Maßnahmenplan
 - § Informationsbogen (farblich hervorgehoben) zur Gefährdungsbeurteilung für weiterbehandelnde Bereiche

Umsetzung:

- Fortbildungen zum Thema „Sturz, Risikofaktoren, Sturzvermeidung“
- Schulung des Personals insbesondere im Umgang mit den erarbeiteten Instrumenten

Controlling:

Jeder gemeldete Sturz wird über einen gesonderten Erfassungsbogen an die Pflegedienstleitung gemeldet, die die Ursachen und ggf. mit den Beteiligten weiteren Handlungsbedarf ermittelt.

Bereits vor der Umsetzung des Expertenstandards wurden Stürze systematisch erfasst.

Jährliche Auswertungen der Sturzerfassungsbögen lagen vor und dienten der Ermittlung von Verbesserungsmaßnahmen. Diese werden auch weiterhin erstellt und stellen eine Diskussionsgrundlage für Pflegedienst- und Stationsleitung dar, um Verbesserungspotentiale bzgl. Sturzvermeidung mit entsprechenden Maßnahmen zu ermitteln. Dies geschieht im Rahmen von Sitzungen der Pflegedienstleitungen und der Stationsleitungen.

Weitere Projekte:

Urologie:

- Gründung des Prostatacarzinomzentrums
- Vorbereitungen zur Zertifizierung nach Kriterien der DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)
- 2009 wurde das Prostatacarcinomzentrum zertifiziert

Hand- und Plastische Chirurgie

- Optimierung von Aufnahme und Entlassungsprozedur im stationären Bereich
- Verbesserung des Patientenflusses in den Sprechstunden

Neurologie

- Zentrales Einweisungsmanagement für elektive Patienten mit zeitnaher koordinierter Terminvergabe

Pflege

- Umsetzung des nationalen Expertenstandards „Sturzprophylaxe“
- Zusammenführung von getrennter operativer und innerer Intensivstation zu einer interdisziplinären Intensivstation mit Umzug in Interimbereich und Renovierung der zukünftigen gemeinsamen Station

Übergeordnete Projekte

- Aufbau einer Intermediate Care Station incl. Erarbeiten eines Kriterienkataloges für diese Einheit
- Patienten freundliche Neugestaltung der Zentralen Notaufnahme

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 die acht 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.

Zertifizierung:

- Stroke Unit (nach den Kriterien der Deutschen Schlaganfall Gesellschaft und der Deutschen Schlaganfallhilfe)
- Das Prostata Zentrum wurde 2009 zertifiziert
- Behandlungseinrichtung für Diabetes mellitus Typ 1 und 2 durch DDG
- Praxis der Belegärzte Neurochirurgie (DIN EN ISO im Jahre 2008)