



Sana Klinikum  
Hameln-Pyrmont

# Sana Einrichtungen in Deutschland



# Qualitätsbericht 2010

Sana Klinikum Hameln-Pyrmont

## INHALTSVERZEICHNIS

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

<b>4</b>	<b>INHALTSVERZEICHNIS</b> Strukturierter Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V	<b>20</b>	<b>TRANSPARENTE QUALITÄT</b> Unsere Klinik zeigt ihre Ergebnisse auf <a href="http://www.qualitätskliniken.de">www.qualitätskliniken.de</a>
<b>6</b>	<b>MISSION UND VISION</b> Leitbild der Sana Kliniken	<b>22</b>	<b>KRANKENHAUS-HYGIENE</b> Verantwortung für Patienten und Mitarbeiter
<b>9</b>	<b>SANA ETHIK-STATUT</b> Die Menschenwürde und Autonomie jedes einzelnen Patienten haben Vorrang vor allem Anderen	<b>24</b>	<b>AKTIVES RISIKOMANAGEMENT</b> Gelebte Sicherheitskultur bei Sana
<b>13</b>	<b>GRUSSWORT DES VORSTANDS DER SANA KLINIKEN AG</b>	<b>27</b>	<b>TEIL A</b> Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses
<b>15</b>	<b>EDITORIAL</b> Qualität auf dem Prüfstand - zum Nutzen unserer Patienten	<b>40</b>	<b>TEIL B</b> Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen
<b>17</b>	<b>SANA KLINIKUM HAMELN-PYRMONT</b> Ihre Gesundheit ist unser Auftrag	<b>41</b>	<b>B-1</b> Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie mit Gefäßchirurgie
<b>18</b>	<b>DAS KRANKENHAUS IM UMBRUCH</b> Radikale Veränderung der Strukturen und Prozesse im Pflegedienst	<b>50</b>	<b>B-2</b> Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin
		<b>55</b>	<b>B-3</b> Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe



**64**    **B-4**  
 Klinik für Hämatologie und internistische  
 Onkologie

**71**    **B-5**  
 Klinik für Hepato-Gastroenterologie

**79**    **B-6**  
 Klinik für Kardiologie und internistische  
 Intensivmedizin

**86**    **B-7**  
 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

**93**    **B-8**  
 Klinik für Plastische und Ästhetische  
 Chirurgie

**101**   **B-9**  
 Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

**108**   **B-10**  
 Klinik für Urologie

**115**   **B-11**  
 Belegabteilung Augenheilkunde

**120**   **B-12**  
 Belegabteilung Hals-, Nasen-,  
 Ohrenheilkunde

**125**   **B-13**  
 Belegabteilung Mund-, Kiefer-,  
 Gesichtschirurgie

**130**   **B-14**  
 Radiologie

**134**   **B-15**  
 Zentrallabor

**138**   **TEIL C**  
 Qualitätssicherung

**141**   **TEIL D**  
 Qualitätsmanagement

## MISSION UND VISION

## Leitbild der Sana Kliniken

### MISSION

**Die Sana Kliniken AG ist einer der führenden Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen in Deutschland.** Unsere Krankenhäuser sind Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge. Als Tochterunternehmen der privaten Krankenkassen sind wir ein stabiler Eckpfeiler in der Gesundheitswirtschaft und ein vertrauenswürdiger Partner für Patienten, Ärzte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Krankenkassen und Politik.

Wir gehen neue Wege und setzen Maßstäbe in der Führung von Gesundheitseinrichtungen. Mit der Kraft eines Krankenhauskonzerns setzen wir Konzepte für eine zukunftsfähige, integrierte Patientenversorgung um.

Hohe Qualität und Wirtschaftlichkeit kennzeichnen unsere Leistungen. So steigern wir nachhaltig den Wert unseres Unternehmens und gewährleisten Wachstum und Innovation.

### VISION

**Unser Ziel ist ein Krankenhaus, das Zukunft hat**

- in dem jeder Patient in seiner Individualität respektiert wird,
- in dem die Qualität der Leistungen offen und nachvollziehbar für Patienten, Kunden, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dargestellt wird,
- in dem engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit besonderen Fähigkeiten und Motiven arbeiten in einem Arbeitsumfeld, das die Vereinbarkeit ihrer Lebens- und Arbeitsziele dauerhaft gewährleistet,
- ein Krankenhaus, in dem wir mit unseren Partnern vor Ort eine Gesundheitsversorgung anbieten, die langfristig in städtischen und in ländlichen Regionen leistungsfähige Versorgungsstrukturen sichert.

Diese Krankenhäuser sind ein wichtiger Wirtschaftsfaktor in der Region und Teil des Gemeinwesens; sie nehmen ihre gesellschaftliche Verantwortung wahr – auch als Vorreiter, Vorreiter und Vorbild einer zukunftsfähigen Gesundheitswirtschaft.

## WERTE

**Patientennähe** Jeder Patient ist besorgt, wenn er ein Krankenhaus aufsucht. Seine Ängste und Sorgen berücksichtigen wir ebenso wie seine Lebenssituation und -geschichte. Zu jeder Zeit ist unser Handeln auf die Verbesserung der persönlichen Gesundheitssituation unserer Patienten ausgerichtet. Die Zufriedenheit unserer Patienten und der ihm nahe stehenden Menschen ist der Maßstab unseres Erfolges. Dieser Herausforderung stellen wir uns täglich neu.

**Vertrauen** Wie wir mit unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kommunizieren, ist ausschlaggebend für unsere Unternehmenskultur. Kommunikation und Führungsstil sind respektvoll, wertschätzend und motivierend. Wir vertrauen unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und übertragen ihnen Verantwortung und Entscheidungskompetenz. Transparenz, Offenheit und zielorientierte Führung sind für uns Eckpfeiler der Unternehmenskultur. Dies ist Voraussetzung für lebenslanges Lernen und neue Ideen. Unser Führungsverhalten auf Vertrauensbasis sichert die langfristige Existenz des Unternehmens. Dazu gehören Wachstum und sichere Arbeitsplätze.

**Nachhaltigkeit** Unsere Strategien steigern den Unternehmenswert bei profitabilem Wachstum. Mit einer angemessenen Rendite erfüllen wir die finanziellen Erwartungen unserer Gesellschafter und schaffen Gestaltungsspielräume für unternehmerisches Handeln. Unsere Einrichtungen handeln in ihrem Marktumfeld autonom. Für alle wichtigen Geschäftsprozesse setzen wir uns Ziele und messen deren Erreichung. Diese Erkenntnisse und Erfahrungen sind Ausgangspunkt für weitere Verbesserungen. Die Unternehmenszentrale unterstützt dabei die angeschlossenen Einrichtungen.

**Verantwortung** Unsere Krankenhäuser sind integrierter Bestandteil der Gesellschaft und treten für deren Belange ein. Ethik und Wirtschaftlichkeit stehen in einem ausgewogenen Verhältnis. In der jeweiligen Region engagieren wir uns in Prävention, Gesundheitserziehung, Sport und Kultur. Wir fördern das Ehrenamt. Mit den uns zur Verfügung gestellten finanziellen und ökologischen Ressourcen gehen wir sorgsam und sparsam um. Wir setzen uns täglich für die Einhaltung von Gesetzen, Richtlinien und Konzernregelungen ein. Dies ist der feste Boden, auf dem unsere Unternehmenskultur steht.



## SANA ETHIK-STATUT

## Die Menschenwürde und Autonomie jedes einzelnen Patienten haben Vorrang vor allem Anderen

Wir tun alles, um einem Patienten die Wahrnehmung seiner Eigenverantwortlichkeit und Souveränität zu ermöglichen. Dafür informieren wir ihn ausführlich und verständlich und respektieren seinen Willen und seine Entscheidungen. Es ist uns wichtig, gegenseitiges Vertrauen aufzubauen und aktiv zu fördern. Unser Handeln soll stets dem Wohl des Patienten dienen und ihm nicht schaden. Dabei haben auch wir das Recht bzw. die rechtliche oder ethische Pflicht, nicht jede vom Patienten gewünschte Leistung auszuführen. Wir betrachten unsere Patienten eingebettet in ihre sozialen Zusammenhänge. Soweit es dem Patienten ein Anliegen ist, beziehen wir seine Familie oder andere ihm nahestehende Menschen ein. Für den Fall, dass ein Patient selbst seine Entscheidung nicht treffen und formulieren kann, beachten wir seine zuvor getroffenen Verfügungen, z.B. in Form einer Patientenverfügung oder schriftliche oder mündliche Erklärungen. Auch das Wissen der Familie oder anderer nahe stehender Menschen ist dabei zu Rate zu ziehen. In Fällen, in denen der mutmaßliche Wille des Patienten nicht in Erfahrung gebracht werden kann, entscheiden wir uns für die Bewahrung des Lebens.

### **Wir sorgen für eine gerechte Behandlung aller unserer Patienten**

In unseren Überlegungen und Entscheidungen bemühen wir uns um Gerechtigkeit und machen unsere Argumente im therapeutischen Team nachvollziehbar und transparent. Dabei ist uns bewusst, dass vollkommene Verteilungsgerechtigkeit nicht immer erreicht werden kann. Wir setzen uns aktiv für eine gerechte Behandlung aller unserer Patienten, unabhängig von Rasse, ethnischer Herkunft, Geschlecht, Alter und sexueller Identität ein. Wir respektieren die kulturellen, religiösen und weltanschaulichen Denkweisen unserer Patienten und beachten sie, soweit sie mit unseren ethischen und rechtlichen Grundsätzen vereinbar sind. Neues Leben begrüßen wir freudig und achtsam. Wir unterstützen die Eltern bei ihren ersten Schritten in der neuen Rolle. In enger Absprache mit den Eltern treffen wir Entscheidungen über das Therapiemaß bei Kindern, die krank, behindert oder wesentlich zu früh geboren werden. Wird ein Kind tot geboren oder verstirbt in unserer Einrichtung, geben wir der Trauer der Eltern Raum und unterstützen sie bei der Bewältigung des Verlustes.

## SANA ETHIK - STATUT

**Die aufmerksame, individuelle Begleitung unserer Patienten verstehen wir als unsere Aufgabe**

In schwierigen Situationen lassen wir unsere Patienten und die ihnen nahestehenden Menschen nicht allein. Persönliche Nähe ist dabei ein wichtiges Element. Emotionale Probleme unserer Patienten nehmen wir wahr und reagieren darauf sorgsam. Der Ausnahmesituation unserer Patienten sind wir uns bewusst. Auf die Wahrung ihrer Persönlichkeitssphäre achten wir. Um den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen informieren wir unsere Patienten fortlaufend und erklären ihnen die geplanten Maßnahmen, deren Ergebnis und ihren Zustand. Zu den Auswirkungen auf ihre künftigen Lebensumstände beraten wir sie individuell.

**Wahrheit hat im Umgang mit dem Patienten Vorrang**

Wir bemühen uns intensiv darum zu erkennen, in welchem Ausmaß der Patient sich aktuell mit seiner Situation auseinandersetzen möchte. Dabei beachten wir den Zustand des Patienten und sein Recht auf Nichtwissen.

**Schmerzbehandlung ist ein wichtiger Beitrag zum Erhalt von Würde und Selbstbestimmung**

Unter Berücksichtigung des individuellen Schmerzempfindens des Patienten versuchen wir, unnötige und ungewollte Schmerzen zu lindern. Aktiv unterstützen wir unsere Patienten im Umgang mit ihren Schmerzen. Unsere Therapie beruht auf einer Balance zwischen seinen Wünschen und unserem Wissen. Auch andere unangenehme Begleitscheinungen von Erkrankungen und Behandlungen wie Übelkeit und Luftnot versuchen wir zu vermeiden. Dies ist ein wichtiger Beitrag zur Aufrechterhaltung ihrer Würde, zur Stärkung ihres durch Krankheit oft ohnehin eingeschränkten Selbstwertgefühls und ihrer Autonomie.

### **Eine sorgfältige Festlegung der Therapieziele gewinnt am möglichen Ende des Lebens eine besondere Bedeutung**

Der Übergang zwischen komplizierten Krankheitsverläufen und beginnender Sterbesituation stellt sich oft unklar dar. Den daraus resultierenden Konflikten stellen wir uns aktiv. Die Unabsehbarkeit der Krankheitsverläufe verlangt eine fortlaufende Überprüfung einmal getroffener Entscheidungen im Rahmen festgelegter Strukturen. Ergebnis des jeweiligen Diskussionsprozesses ist eine klare, dokumentierte Entscheidung, die in einem angemessenen Rahmen getroffen wird. In diese Entscheidung fließen die Empfindungen, Erfahrungen und das Wissen des therapeutischen Teams und bei Bedarf ethisch besonders geschulter weiterer Mitarbeiter ein. Dabei bemühen wir uns um einen Konsens aller Beteiligten.

### **Sterbebegleitung ist ein wichtiger Bestandteil unserer Arbeit**

Sterbenden Patienten und ihnen nahe stehenden Menschen gestalten wir eine würdevolle, auf ihre individuellen Bedürfnisse abgestimmte Situation. Dabei respektieren wir Wünsche, die sich aus Lebensumständen, Konfession, Spiritualität, kulturellen Gewohnheiten und dem Wunsch nach menschlicher Nähe und Distanz ergeben.

### **Mit dem Körper des verstorbenen Patienten gehen wir jederzeit sorgsam um**

Entsprechend den Regeln der verschiedenen Kulturkreise ermöglichen wir einen würdevollen Abschied von verstorbenen Patienten. Dazu gehört das zeitnahe Führen eines Abschlussgespräches mit den Angehörigen und nahen Menschen. Mit dem Körper des verstorbenen Patienten gehen wir jederzeit sorgsam um. In Abwägung zwischen dem fachlichen Interesse an einer Bestätigung der Diagnose und Therapiewirksamkeit und dem Wunsch nach einem unversehrten Leichnam empfehlen wir – wo angemessen – den Angehörigen die Einwilligung in eine Obduktion. Organspende befürworten wir. Bei der individuellen Entscheidung zur Organentnahme beachten und respektieren wir den explizit geäußerten oder mutmaßlichen Willen des Patienten oder seiner Familie bzw. ihm nahestehender Menschen.

## »Qualität messbar und vergleichbar machen«



Dr. med. Markus Müschenich  
Mitglied des Vorstands der  
Sana Kliniken AG

## GRUSSWORT DES VORSTANDS DER SANA KLINIKEN AG

## Liebe Leserin, lieber Leser,

Ich freue mich sehr, dass Sie diesen Qualitätsbericht lesen. Unser Wunsch ist es, die Leistungen und die Qualität unserer Kliniken transparent zu machen. Gerne nutzen wir dafür den Qualitätsbericht, den alle Krankenhäuser in Deutschland seit dem Jahr 2004 im zweijährigen Turnus veröffentlichen müssen. So können Sie heute nachlesen, welche Klinik zum Beispiel besonders große Erfahrung bei einem bestimmten Behandlungsverfahren besitzt. Auch Informationen zu besonderen interdisziplinären Versorgungsangeboten oder zur medizintechnischen Ausstattung sind heute durch die Berichte für alle leicht zugänglich. Wir wollen so die Auswahl eines Krankenhauses vertrauensvoll unterstützen.

Qualität messbar und damit vergleichbar zu machen, ist allerdings kein einfaches Unterfangen. In den Sana Kliniken haben wir dazu konsequent einheitliche Strukturen aufgebaut: Unsere Kliniken arbeiten mit international erprobten, evidenzbasierten medizinischen Verfahren in Diagnostik und Therapie. Der klinikübergreifende Vergleich der erzielten Ergebnisse ermöglicht es unseren Krankenhäusern, von den Erfahrungen der Besten zu lernen. So können wir im Sana Klinikenverbund schneller und besser den Fortschritt der Medizin in die tägliche Praxis überführen. Mit erheblichem Gewinn für die Qualität der Patientenversorgung.

Wenn wir mit unseren Patienten über ihre Erfahrungen im Krankenhaus sprechen, hören wir allerdings auch, dass Etliches von dem, was für Patienten die erlebbare Qualität eines Krankenhauses oder einer Fachabteilung ausmacht, durch den Qualitätsbericht nicht abgebildet wird. Deshalb haben wir uns, zusammen mit anderen Klinikbetreibern, entschlossen, die Qualität unserer Kliniken weit umfänglicher und gleichzeitig individueller darzustellen, als es in einem Qualitätsbericht möglich ist. Unter [www.qualitaetskliniken.de](http://www.qualitaetskliniken.de) finden Sie im Detail und auf leicht verständliche Weise weitere interessante Informationen und Auswertungen zur Qualität unserer Arbeit. Neben der medizinischen Qualität werden auch die Patientensicherheit, die Patientenzufriedenheit und die Zufriedenheit der einweisenden Ärzte mit der Arbeit der Klinik berücksichtigt. In das Gesamtergebnis gehen die Werte von über 400 Qualitätsindikatoren ein. Bei dieser umfassenden Qualitätssicht befinden sich die Einrichtungen der Sana Kliniken häufig in der Spitzengruppe – ein Resultat der von Sana seit Jahren aktiv gelebten Qualitätsorientierung.

Nutzen Sie diesen Qualitätsbericht, um Ihr Bild von der hohen Qualität, die das Sana Klinikum Hameln-Pyrmont Ihnen bietet, weiter zu vervollständigen. Denn informierte Patienten und eine interessierte Öffentlichkeit helfen uns, den Qualitätsstandard der Gesundheitsversorgung in Deutschland beständig weiter zu verbessern.

Ihr



»Der Bericht soll Entscheidungshilfe  
geben bei der Krankenhauswahl.«



Marco Kempka  
Geschäftsführer



Dr. Ralf Paland  
Geschäftsführer



Dr. med. Sixtina Allert  
Ärztlicher Direktor



Kerstin Heiermann  
Pflegedirektorin



Peter Höxter  
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit



Harry Fleischmann  
Qualitätsmanagement

## EDITORIAL

## Qualität auf dem Prüfstand - zum Nutzen unserer Patienten

Liebe Leserin, lieber Leser,

eine gute medizinische Versorgung in einem Umfeld, das sensibel auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten eingeht - so lässt sich in wenigen Worten beschreiben, wie sich Patienten ihr Krankenhaus wünschen. Und es beschreibt die Richtschnur, an der wir im Sana Klinikum Hameln-Pyrmont unser Handeln ausrichten.

Qualität ist daher kein abstrakter Begriff, sondern gelebte Praxis in unserem Krankenhaus. Mit diesem Qualitätsbericht möchten wir Ihnen einen aktuellen Einblick geben in ausgewählte Aktivitäten, mit denen wir Qualität auf den unterschiedlichen Ebenen in unserem Haus sichern und kontinuierlich weiter entwickeln. Dazu gehört ein Qualitätsmanagementsystem, welches in vielen Bereichen bereits nach den Regeln der DIN/EN/ISO 9000ff überprüft und bestätigt wurde. Neu eingeführt haben wir zudem ein klinisches Risikomanagement, mit dem gezielt mögliche Schwachstellen in den Abläufen aufgedeckt und Verbesserungen angestoßen werden. Bei all diesen Maßnahmen orientieren wir uns an den Empfehlungen des unabhängigen Aktionsbündnisses für Patientensicherheit e. V., und überprüfen regelmäßig deren erfolgreiche Umsetzung.

In der Vergangenheit wurde immer wieder gefragt, welchen Nutzen die umfangreichen Qualitätsberichte letztlich für die Patienten haben. Wir glauben, dass es gut ist, dass die Qualität regelmäßig auf den Prüfstand kommt und öffentlich transparent gemacht wird. So enthält der Teil B des Qualitätsberichts eine umfassende Übersicht, welche Krankheitsbilder in unseren Fachabteilungen schwerpunktmäßig behandelt werden und welche besonderen Kompetenzen wir auch in Spezialgebieten besitzen. Bei der Wahl eines Krankenhauses können Ihnen diese Zahlen wichtige Entscheidungshilfen geben. Viele Studien zeigen, dass die Behandlungsqualität dort besonders hoch ist, wo sich Kliniken auf Schwerpunkte konzentrieren.

Welches der Informationsangebote in diesem Bericht Sie auch nutzen - wir freuen uns, dass Sie einen interessierten Blick auf unsere Leistungen werfen, und wünschen Ihnen eine spannende Lektüre. Wenn Sie sich auch online über unser Haus informieren wollen, schauen Sie doch einmal unter [www.sana-hm.de](http://www.sana-hm.de) vorbei oder rufen Sie unser Qualitätsprofil bei [www.qualitaetskliniken.de](http://www.qualitaetskliniken.de) auf.

Ihre

Marco Kempka und Dr. Ralf Paland (Geschäftsführer)  
Dr. Sixtus Allert (Ärztlicher Direktor)  
Kerstin Heiermann (Pflegedirektorin)  
Peter Höxter (Presse- und Öffentlichkeitsarbeit)  
Harry Fleischmann (Qualitätsmanagement)



SANA KLINIKUM HAMELN-PYRMONT

## Ihre Gesundheit ist unser Auftrag

**Das Sana Klinikum Hameln-Pyrmont bietet mit seinem Leistungsspektrum ein aktuelles Angebot zur medizinischen und pflegerischen Versorgung. Aktuelle Behandlungsmethoden, moderne Technik und qualifiziertes Fachpersonal tragen dazu bei, dass den Patienten bei einer Behandlung professionelle Hilfe bereitsteht.**

**Am Standort „An der Weser“ wurde im August 2010 ein moderner Neubau seiner Bestimmung übergeben, womit die Zentralisierung der vormals zwei Klinikstandorte am Standort „An der Weser“ ihren Abschluss fand. Mit dieser Zentralisierung ging auch der Beschluss des Kreistages einher, den im Jahr 2008 beschlossenen Wechsel der Mehrheitsanteile an der Trägergesellschaft „Gesundheitseinrichtungen Hameln-Pyrmont GmbH“ auf die Sana Kliniken AG zu vollziehen und den Kliniknamen in „Sana Klinikum Hameln-Pyrmont“ zu ändern.**

In 12 bettenführenden Fachabteilungen werden für die Menschen der Region aktuell 428 Planbetten vorgehalten. 2010 wurden ca. 21.600 Patienten stationär behandelt. Ca. 85 Prozent davon wohnten im Kreisgebiet. Die durchschnittliche Verweildauer eines Patienten konnte in den letzten Jahren von 7,3 Tagen auf 6,0 Tage bei verbesserter Qualität in Diagnostik und Therapie reduziert werden. Für den Patienten bedeutet es, dass er schneller wieder in seine gewohnte Umgebung zurückkehren kann. Bei uns werden jährlich darüber hinaus etwa 40.000 Patienten ambulant behandelt. Betreut werden die Patienten von ca. 1.100 Mitarbeitern. Der Gesamtumsatz der Gesundheitseinrichtungen Hameln-Pyrmont als Träger des Klinikums beträgt ca. 78 Mio. Euro. Das Sana Klinikum Hameln-Pyrmont ist mit seiner zentralen Bedeutung für die medizinische Versorgung der Region ein

wichtiger Baustein der regionalen Infrastruktur. Seit 01.01.2006 ist das Sana Klinikum Hameln-Pyrmont Teil der Gesundheitseinrichtungen Hameln-Pyrmont GmbH. 2008 wurde eine strategische Partnerschaft mit einem leistungsstarken Partner angestrebt und zum Jahreswechsel mit dem überregional aufgestellten Partner Sana Kliniken AG erfolgreich umgesetzt. Mit Beginn des Jahres 2011 ist entsprechend einem Kreistagsbeschluss aus 2010 der Sana Kliniken AG die Mehrheit von 51 Prozent der Gesellschaftsanteile an den Gesundheitseinrichtungen Hameln-Pyrmont und somit auch am Sana Klinikum Hameln-Pyrmont zugesprochen worden. Bereits im August 2010 wurde mit Abschluss der Zentralisierung des Klinikums am Standort „An der Weser“ der Klinikname von vormals „Kreiskrankenhaus Hameln“ in Sana Klinikum Hameln-Pyrmont geändert.

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

## DAS KRANKENHAUS IM UMBRUCH

## Radikale Veränderung der Strukturen und Prozesse im Pflegedienst

**Das Jahr 2010 wird im Pflegedienst des Sana Klinikums als ein Jahr tiefgreifender Veränderungen im Gedächtnis bleiben. In diesem Jahr begann die Umsetzung des Projekts „Zukunft Pflege(n)“. Ziel des Projektes war es, eine höhere Patientenzufriedenheit durch Qualitätssteigerung zu erlangen, einhergehend mit einer Steigerung der beruflichen Handlungskompetenz und einer höheren Berufszufriedenheit trotz höherer Arbeitsbelastung durch veränderte rechtliche Rahmenbedingungen.**

**Geänderte Patientenerwartungen, ein hoher Bedarf an Prozessverlässlichkeit, komplexere Behandlungssituationen, höhere Anforderungen an das therapeutische Team sowie ein sich abzeichnender Mangel an qualifiziertem Fachpersonal machten es notwendig, sich intensiv mit den Strukturen, Abläufen aber auch der Ausbildung in den Pflegeberufen auseinanderzusetzen. Bei diesen Überlegungen rückte der Weg des Patienten durch das Klinikum zentral ins Blickfeld und wurde zum Ausgangspunkt aller Veränderungen.**

Der Prozess gibt zukünftig die Struktur vor, früher war es genau umgekehrt. Geplant wurde die Implementierung von „Best Practices“ – Feste Ansprechpartner mit abgestimmten Informationen – Aufhebung der Sektorengrenzen zugunsten der Prozessorientierung – Bildung von berufsgruppenübergreifenden, wissensbasierten Teams – Optimaler Umgang mit Ressourcen – Effektive Integration der Aus-, Fort- und Weiterbildung. Konkret bedeutete dies im Pflegedienst, dass drei große Projektschwerpunkte gebildet wurden:

- 1.) Anpassung der Organisationsstruktur
- 2.) Einführung der Prozesssteuerung
- 3.) Professionalisierung der Bildungsangebote.

### **Zu 1.) Anpassung der Organisationsstruktur:**

Zunächst wurde ein Ist/Soll Vergleich erhoben, denn für unsere Patienten und Angehörigen ergab sich nicht selten folgendes Bild: – Fehlende Ansprechpartner – Nicht festgelegte Verantwortlichkeiten – Konzentration auf das Operative – Fehlende Transparenz – Bereichs- statt Prozessorientierung. Aufgrund einer Patientenbefragung wurde dann die Zielsetzung festgelegt: – Flache Hierarchieebenen mit engem Kontakt zur Basis – Arbeitsfähige Gruppengrößen für



strategische Entscheidungen – Übertragung von Verantwortung = dezentrale Entscheidungsfindung – Berufsgruppenübergreifende direkte und transparente Kommunikation – Organisation der Leistungsbereiche in prozessorientierte Zentren. Umgesetzt wurden diese Ziele durch die Einführung pflegerischer Zentren für Aufnahme und Entlassung, Innere Medizin, Chirurgie, OP, Anästhesie und Intensivmedizin, Kinder und Jugendmedizin sowie Aus-, Fort- und Weiterbildung. In deren innerer Struktur nehmen Teams die patientennahen Aufgaben kompetent wahr. Durch die Einführung der Leitungsebenen Zentrumsleitung und Teamleitung spiegelt sich diese Struktur wider.

#### **Zu 2.) Einführung der Prozesssteuerung:**

Unsere Patienten – aber auch unsere Mitarbeiter – beklagten häufig die gewachsenen Abläufe als nicht mehr zeitgemäß und unkoordiniert. Ursachen waren – Fehlende (Prozess-) Verantwortung – Keine abgestimmten Informationen – Unterschiedliche Ansprechpartner – Verbesserungsfähiges Entlassungsmanagement. Auch hier wurden die Ziele definiert: – Beginn der Patientensteuerung im Zentrum für Aufnahme und Entlassung – Effektives Bettenmanagement – Terminierung aller Funktionsbereiche

plus OP-Koordination – Fallsteuerung des stationären Aufenthaltes durch Primär Pflegende – Evaluation des Gesamtprozesses Die Sichtweise eines therapeutischen Teams und die Einführung der „Primären Pflege“, bei welcher jedem Patienten ein verantwortliche Pflegekraft für die gesamte Aufenthaltsdauer an die Seite gestellt wird, bilden jetzt die Säulen dieser neuen Organisationsansätze.

#### **Zu 3.) Professionalisierung der Bildungsangebote:**

Theorie-Praxis-Konflikte, Fortbildung ohne strategische Abstimmung, sowie eine nicht mit den praktischen Anforderungen eng verzahnte Personalentwicklung erforderten auch hier die Veränderungen – Konzentration der Ausbildung auf ausgewählte Bereiche – Eigenverantwortlichkeit für Lernprozesse und Lernerfolg fördern – Optimale Vernetzung zwischen Theorie und Praxis – Kritisch-konstruktiver Ansatz in der Pflegepädagogik – gezielte individuelle Personalentwicklung: Auch in 2011 wird intensiv an der Weiterentwicklung dieses großen Projektes gearbeitet. Bereits jetzt zeichnet sich ab, dass die begonnenen Maßnahmen für unsere Patienten und unser Mitarbeiter ein großer Schritt in die richtige Richtung sind.

## TRANSPARENTE QUALITÄT

## Unsere Klinik zeigt ihre Ergebnisse auf [www.qualitätskliniken.de](http://www.qualitätskliniken.de)

**Als Patient leiden Sie an einer Erkrankung oder suchen aus anderen Gründen eine Behandlung im Krankenhaus. Nach reiflicher Überlegung treffen Sie Ihre Entscheidung zugunsten unserer Klinik. Und das ist auch gut so. Wir schätzen Ihr Vertrauen, und gerade deshalb unternehmen wir jede Anstrengung, Ihren Erwartungen gerecht zu werden. Als besonderes Zeichen dieser Anstrengungen nimmt unser Krankenhaus, ebenso wie alle anderen Sana Kliniken, an der umfangreichsten und für jedermann einsehbaren Darstellung qualitätsbezogener Ergebnisse teil: dem Internetportal [www.qualitätskliniken.de](http://www.qualitätskliniken.de).**

### Qualität in vier Dimensionen

Was macht das Portal so einzigartig? Qualität wird hier in vier Dimensionen dargestellt:

- Medizinische Qualität
- Patientensicherheit
- Patientenzufriedenheit
- Einweiserzufriedenheit

Ergebnisse zu insgesamt etwa 400 Indikatoren sollen Ihr Vertrauen untermauern nach dem Motto: „Fakten statt Vermutungen“.

### Patienten und Ärzte beurteilen medizinische Qualität

Medizinische Qualität wird mit allen Indikatoren der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V abgebildet. Zusätzlich werden die Ergebnisse zu 20 Indikatoren aus sogenannten Routinedaten nach § 21 KHEntgG zusammengestellt.

Um Vergleichbarkeit zu erzielen, wurden gemeinsam mit renommierten Instituten einheitliche Fragebögen zur Patientenzufriedenheit und Zufriedenheit der einweisenden Ärzte entwickelt. Fragen wie

- Wurden Sie durch die Ärzte gut informiert?
- Wie beurteilen Sie die fachliche Betreuung durch das Pflegepersonal?
- Wie gut wurden Ihre Termine im Krankenhaus eingehalten?

werden von den Patienten beantwortet und im Portal vergleichend dargestellt.

Niedergelassene Ärzte geben Auskunft zu weiteren qualitätsrelevanten Fragen, etwa

- Wie beurteilen Sie die fachliche Kompetenz der Ärzte in der Abteilung?
- Stellt Sie die Entlassungsmedikation der Abteilung vor Probleme in der Praxis?
- Sind Sie mit den Behandlungsergebnissen entlassener Patienten zufrieden?

Sie geben damit ihre Eindrücke und Einschätzungen zur Qualität der Patientenbehandlung wieder.



### Priorität für Ihre Sicherheit

Neben einer erfolgreichen Behandlung ist Ihr vorrangiges Interesse, während Ihres Aufenthaltes größtmögliche Sicherheit zu erfahren. Auch in der öffentlichen Wahrnehmung hat Patientensicherheit in den letzten Jahren einen immer größeren Stellenwert erhalten. Zahlreiche Themen wurden durch das Aktionsbündnis Patientensicherheit aufgegriffen. In Arbeitsgruppen wurden Konzepte für das Krankenhaus erarbeitet. Die am Portal beteiligten Krankenhäuser geben nun öffentlich Auskunft darüber, wie die Vorgehensweisen zur Patientensicherheit bei ihnen umgesetzt werden. Dabei geht es um klar definierte Messgrößen für die Sicherheit:

- Regelmäßig, standardisierte Durchführung von
- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
  - Händedesinfektion
  - Sturzprävention

Vorhandensein von Regelungen zum Umgang mit

- Beinahe-Fehlern (Critical Incidence Reporting System)
- multiresistenten bzw. Krankenhauskeimen
- freiheitsentziehenden Maßnahmen

Zusätzlich wird beispielweise erfragt, ob im OP eine Sicherheits-Checkliste angewendet wird, wie dies die WHO empfiehlt.

### Mit drei Klicks zur verständlichen Qualitätsaussage

Eines der Ziele war es, Ihnen rasch ein gut verständliches Suchergebnis an die Hand zu geben, das Sie dann bei Bedarf weiter eingrenzen und verfeinern können. Dazu wurde das Portal so gestaltet, dass drei Klicks genügen, um eine erste Darstellung zu erhalten.

### Einmischen erwünscht

Das Portal hat sich für seine Weiterentwicklung verschiedene Gremien an die Seite gestellt. Wichtige Impulse werden aus dem wissenschaftlichen und dem gesundheitspolitischen Beirat erwartet. Unerlässlich für eine sinnvolle Weiterentwicklung ist der aus den Reihen der Mitglieder gewählte Mitgliederbeirat, der aus Vertretern aller Trägergruppen besteht.

Unser Ziel: Sie künftig immer besser über die Qualität in unserem Krankenhaus zu informieren.

## KRANKENHAUS - HYGIENE

## Verantwortung für Patienten und Mitarbeiter

**Im Mittelpunkt jeder qualitätsorientierten Gesundheitsversorgung steht die Sicherheit des Patienten während des gesamten Behandlungsprozesses. Aber auch Angehörige und Mitarbeiter sind im Krankenhaus vor Fehlern und Gefahren zu schützen, die auf unzureichende Organisation oder menschliche Unachtsamkeit zurückzuführen sind. Ein wichtiges Thema hierbei ist die Hygienequalität.**

Sana widmet diesem Thema seit langem große Aufmerksamkeit. So wurde vor zwei Jahren ein konzernweites Hygiene-Projekt gestartet. Es umfasst die Erarbeitung konzernweiter Hygienestandards, die flächendeckende Erhebung und Bewertung wichtiger Infektionsdaten sowie die Durchführung jährlicher Hygieneaudits in allen Kliniken. Auf dieser Grundlage wird das Hygienemanagement bei Sana – neben den üblichen internen und externen Begehungen – einer umfangreichen Analyse unterzogen und so ein gleichmäßig hoher Qualitätsstandard im gesamten Sana-Verbund erzielt.

Seit dem Start des Projektes sind mit wissenschaftlicher Begleitung durch das renommierte Beratungszentrum für Hygiene in Freiburg etwa sechzig Verfahrensanweisungen zu den wichtigsten und risikobehaftetsten Prozessen beschrieben und konzernweit eingeführt worden. Durch die getroffenen Festlegungen etwa zu den Themen Desinfektionsverfahren, Umgang mit multiresistenten Keimen (MRSA) und anderen verschiedenen wichtigen Erregern sowie mit Influenza, Tuberkulose, Aids (HIV) oder Meningokokken wird gewährleistet, dass alle Sana-Kliniken nach anerkannten hohen Hygienestandards verfahren.



### Das nationale Referenzzentrum setzt die Maßstäbe

Herzstück des Hygienemonitorings ist die konzernweite Teilnahme aller Kliniken am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ) in Berlin. Mit dem Jahr 2010 haben alle Kliniken begonnen, strukturiert Daten zu nosokomialen, d.h. im Krankenhaus erworbenen Infektionen, zu sammeln und auszuwerten. Um beurteilen zu können, ob die eigene Infektionsrate nun als vergleichsweise gut oder schlecht einzuschätzen ist, erhalten alle Kliniken die jeweiligen bundesdeutschen Referenzwerte aus bislang über 300 teilnehmenden Kliniken geliefert. Dies macht den eigentlichen Mehrwert des Systems aus, da jedes Haus dadurch eine Positionsbestimmung seiner Infektionsraten im Vergleich mit ähnlichen Kliniken durchführen und so das eigene Hygienemanagement optimieren kann. Sana führt auf der Datenbasis zudem ein gemeinsames Benchmarking durch, um den Lernprozess innerhalb des Konzerns zu befördern.

### Fehlertransparenz hilft, Fehler zu vermeiden

Außerdem wurden in 2010 erstmals in allen Kliniken Hygieneaudits im Rahmen von kollegialen Dialogen nach einem zentral festgelegten Kriterienkatalog durchgeführt. Die daraus gewonnenen Ergebnisse werden im Rahmen von Maßnahmenplänen einem direkten Verbesserungsprozess zugeführt. Die Audits werden zusätzlich zu den externen Kontrollen und internen Begehungen im jährlichen Rhythmus durchgeführt und die Ergebnisse an die Kliniken zurückgespiegelt.

Darüber hinaus kommt es darauf an, das eigene Wissen mit anderen zu teilen. Wer anderen die Möglichkeit gibt, aus erlebten Fehlern zu lernen, hilft ihnen, diese Fehler nicht selbst zu machen. Offener Austausch und gemeinsames Lernen sind deshalb der Schlüssel für gelebte Patientensicherheit bei Sana.

## AKTIVES RISIKOMANAGEMENT

## Gelebte Sicherheitskultur bei Sana

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

Aus dieser Grundüberzeugung heraus haben die Sana Kliniken im Jahr 2006 das klinische Risikomanagementsystem als Standard in allen Sana-Einrichtungen eingeführt. Seither wurden umfassende Maßnahmen zur Erkennung und Vermeidung von Risikopotentialen in den Kliniken umgesetzt. Als spezialisiertes Beratungsinstitut unterstützte die „GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH“, ein Tochterunternehmen der ECCLESIA Versicherungsdienst GmbH, alle Krankenhäuser der Sana Kliniken AG bei der Einführung und Umsetzung dieser Risikomanagement-Aktivitäten.

### **Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V.**

Im Mittelpunkt eines jeden qualitätsorientierten Krankenhauses steht die Sicherheit des Patienten. Unerwünschte Ereignisse, die das ungewollte Ergebnis einer Behandlung sind, gefährden die Patientensicherheit. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) hat deshalb Handlungsempfehlungen zur praktischen Verbesserung der Therapie von Patienten erarbeitet. Diese Handlungsempfehlungen werden von Sana in allen Kliniken eingesetzt und regelmäßig auf ihre erfolgreiche Umsetzung überprüft.

Die Handlungsempfehlungen des APS werden von multidisziplinären Arbeitsgruppen erarbeitet und basieren auf umfangreichen Fehler- und Literaturanalysen. Von anderen zu lernen und andere an den eigenen Lernprozessen teilhaben zu lassen, ist ein zentrales Element der Arbeit des APS.

Die Sana Kliniken sind engagierte Förderer des Aktionsbündnisses Patientensicherheit. Als Mitglied im Beirat unterstützt die Bereichsleitung Sana Qualitäts-Medizin aktiv die Aktionen des APS.

### **Klinisches Risikomanagement in der Praxis**

Eine wesentliche Methode des Klinischen Risikomanagements sind klinische Risiko-Audits, also Begehungen und Anhörungen, die strukturiert in allen Sana Kliniken durchgeführt werden. Dabei werden die Prozesse der Patientenversorgung von den externen Experten sorgfältig durchleuchtet. Interviews mit Mitarbeitern der therapeutischen Teams geben zusätzliche Hinweise, in welchen Bereichen gegebenenfalls klinikspezifische Verbesserungspotentiale zu erwarten sind.

Die Handlungsempfehlungen des APS sind eine wichtige Grundlage der Risiko-Audits, die in den Auditkatalogen hinterlegt sind und in jeder Klinik auf ihre Umsetzung hin geprüft werden.



Folgende Handlungsempfehlungen wurden bisher veröffentlicht:

- Die Empfehlung „Jeder Tupfer zählt“ zur Vermeidung von unbeabsichtigt belassenen Fremdkörpern im OP-Gebiet.
- Die Empfehlung zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen, in der vier Maßnahmen empfohlen werden: Die Identifizierung von Patient, Eingriffsart und Eingriffsort; die deutliche Markierung des Eingriffsortes; die nochmalige Prüfung der Patientenidentität vor Eintritt in den OP und schließlich das so genannte „Team-Time-Out“, also ein strukturiertes und dokumentiertes Briefing des OP Teams direkt vor der OP. Diese Methode wird zum Beispiel von Piloten bereits seit Jahren erfolgreich praktiziert – nun profitieren die Sana Kliniken von dieser hohen Sicherheitskultur.
- Die Empfehlung „Sieben Schritte zur Einführung eines anonymen Fehlermeldesystems (CIRS – Critical Incident Reporting System) im Krankenhaus“ – angefangen von der grundsätzlichen Entscheidung für CIRS bis hin zur systematischen Auswertung der Ergebnisse.
- Die Empfehlung zur sicheren Patientenidentifikation: Im Mittelpunkt steht die Kommunikation zwischen Patient und Behandelnden. Die Empfehlung zeigt auf, worauf in der Behandlung dabei besonders zu achten ist. Darüber hinaus wird ein Kerndatensatz zur Identifizierung des Patienten empfohlen sowie der Einsatz von Patientenarmbändern als technisches Hilfsmittel.
- Die Empfehlung zu Arzneimitteltherapiesicherheit: Angesichts der Häufigkeit von Arzneimittelanwendungen und Arzneimittelfehlern wurde eine Liste mit Maßnahmen zur Arzneimitteltherapiesicherheit und ein Medikationsplan für Patienten erarbeitet.

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

Nach einem Zeitraum von etwa einem halben Jahr stellen sich die Kliniken dann einer Projektevaluation, durchgeführt wiederum durch die neutralen Experten. So wird überprüft, ob die eingeleiteten Maßnahmen greifen – und die Umsetzung wie von Sana beabsichtigt dauerhaft risikominimierende Wirkung zeigt.



STRUKTURIERTER QUALITÄTSBERICHT  
TEIL A

## Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Die Klinikumsleitung, vertreten durch die Geschäftsführung Marco Kempka und Dr. Ralf Paland, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

### A-1 Kontaktdaten

<b>Name</b>	Gesundheitseinrichtungen Hameln-Pyrmont GmbH
<b>Zusatzbezeichnung</b>	Sana Klinikum Hameln-Pyrmont
<b>Straße und Nummer</b>	Saint-Maur-Platz 1
<b>PLZ und Ort</b>	31785 Hameln
<b>Telefon</b>	05151 97-0
<b>Telefax</b>	05151 97-2126
<b>E-Mail</b>	info@sana-hm.de
<b>Webadresse</b>	sana-hm.de

### A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

260320336

### A-3 Standort(nummer)

00

### A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

<b>Name</b>	Sana Kliniken AG
<b>Art</b>	privat

## A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

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

## A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses

<b>Abteilung/Organisationseinheit</b>	<b>Ansprechpartner/Kontakt</b>
Geschäftsführung	Marco Kempka, Dr. Ralf Paland Tel.: 05151 97-1112
Ärztlicher Direktor	Dr. Sixtus Allert Tel.: 05151 97-1245
Pflegedirektorin	Kerstin Heiermann Tel.: 05151 97-3707
Personalabteilung (Prokurist)	Heinrich Düvel Tel.: 05151 97-1132
Marketing/Presse- und Öffentlichkeitsarbeit	Peter Höxter Tel.: 05151 97-2345 oder 97-0
Qualitätsmanagement	Harry Fleischmann Tel.: 05151 97-3419
Finanz- und Rechnungswesen	Karsten Depta Tel.: 05151 97-1176
Informationstechnologie	Stefan Hampel Tel.: 05151 97-1138
Technik	Andreas Usling Tel.: 05151 97-1154
Medizinmanagement	Dr. med. Dietrich Herrmann MBA Tel.: 05151 97-1184
Wirtschaftsabteilung	Stefan Bode Tel.: 05151 97-1159
Organisation	Andreas Fischer Tel. : 05151 97-1364



## → A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses

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

## A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Nein

## A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

Nr.	Fachabteilungsübergreifender Versorgungsschwerpunkt	Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind
VS10	Abdominalzentrum (Magen-Darm-Zentrum)	Allgemeinchirurgie, Hepato-Gastroenterologie, Radiologie, Pathologie <a href="#">WDC-Kooperationszentrum</a>
VS01	Brustzentrum	Frauenklinik, Plastische- und Ästhetische Chirurgie, Hämatologie und Onkologie, Pathologie, Labor <a href="#">Zertifiziert nach DKG und DGS, DMP</a>
VS24	Interdisziplinäre Intensivmedizin	Zentrum Chirurgie, Zentrum Innere Medizin, Anästhesie <a href="#">Gemeinsam belegte und geführte Intensivstation</a>
VS25	Interdisziplinäre Tumornachsorge	Allgemeinchirurgie, Frauenklinik, Hepato-Gastroenterologie, Hämatologie & Onkologie, Pathologie, Radiologie <a href="#">Tumorboard</a>
VS02	Perinatalzentrum	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Frauenklinik (Geburtshilfe) <a href="#">Level II</a>
VS37	Polytraumaversorgung	Unfallchirurgie & Orthopädie, Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Anästhesie, Radiologie



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

Nr.	Fachabteilungsübergreifender Versorgungsschwerpunkt	Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind
VS04	Transplantationszentrum	Hämatologie & Onkologie <a href="#">Stammzelltransplantationen und großes Spenderzentrum für die DKMS</a>
VS06	Tumorzentrum	Allgemeinchirurgie, Frauenklinik, Hepato-Gastroenterologie, Hämatologie und Onkologie, Pathologie, Labor <a href="#">Zertifiziert nach DGHO</a>

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

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP02	Akupunktur <a href="#">Im Rahmen der Schmerzambulanz</a>
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
MP04	Atemgymnastik/-therapie
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik
MP14	Diät- und Ernährungsberatung
MP69	Eigenblutspende
MP15	Entlassungsmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
MP17	Fallmanagement/Case Management/PrimaryNursing/Bezugspflege
MP19	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik
MP21	Kinästhetik
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
MP37	Schmerztherapie/-management
MP63	Sozialdienst
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit <a href="#">Gesundheitsakademie</a>



→ **A-9**  
**Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses**

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP43	Stillberatung
MP45	Stomatherapie/-beratung
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
MP50	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
MP51	Wundmanagement
MP68	Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege <a href="#">Mitglied im Zirkel Pflegenden Einrichtungen Hameln</a>
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen

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

Nr.	Serviceangebot
SA43	Abschiedsraum
SA01	Aufenthaltsräume
SA59	Barrierefreie Behandlungsräume
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <a href="#">teilweise</a>
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen <a href="#">in bestimmten Bereichen</a>
SA07	Rooming-in
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <a href="#">teilweise</a>
SA12	Balkon/Terrasse <a href="#">teilweise</a>
SA13	Elektrisch verstellbare Betten <a href="#">überwiegend</a>
SA14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer <a href="#">überwiegend</a>



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

Nr.	Serviceangebot
SA15	Internetanschluss am Bett/im Zimmer teilweise
SA17	Rundfunkempfang am Bett überwiegend
SA18	Telefon
SA20	Frei wählbare Essenszusammenstellung(Komponentenwahl)
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung
SA44	Diät-/Ernährungsangebot
SA22	Bibliothek fahrbare Bücherei direkt ans Bett
SA23	Cafeteria
SA27	Internetzugang
SA28	Kiosk/Einkaufsmöglichkeiten
SA29	Kirchlich-religiöse Einrichtungen Gottesdienst am Sonntag, Seelsorgerliche Betreuung durch die hauptamtliche Krankenhausseelsorge
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen
SA33	Parkanlage
SA34	Rauchfreies Krankenhaus Überdachte Rauchmöglichkeit außerhalb des Krankenhausgebäudes
SA36	Schwimmbad/Bewegungsbad
SA54	Tageszeitungsangebot
SA55	Beschwerdemanagement
SA39	Besuchsdienst/"Grüne Damen"
SA41	Dolmetscherdienste nur bestimmte Sprachen
SA40	Empfangs- und Begleitservice für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen
SA42	Seelsorge
SA00	Sozialdienst

**A-11****Forschung und Lehre des Krankenhauses****A-11.1****Forschungsschwerpunkte**

Das Sana Klinikum Hameln-Pyrmont ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover. Die studentische Ausbildung wird von einem hierfür verantwortlichen Chefarzt für das gesamte Krankenhaus koordiniert. Im Bereich Forschung nehmen die einzelnen Kliniken an Studien teil und liefern mit Zustimmung der Patienten entsprechende Daten an die jeweils für die Studie zuständige Stelle. Aus-, Fort- und Weiterbildung findet entsprechend den Curricula der jeweiligen Berufsgruppen statt.

Im ärztlichen Bereich werden in folgenden Fachgebieten Weiterbildungen angeboten:

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

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

**A-11.2****Akademische Lehre**

<b>Nr.</b>	<b>Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten</b>
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
FL05	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien
FL09	Doktorandenbetreuung

**A-11.3****Ausbildung in anderen Heilberufen**

<b>Nr.</b>	<b>Ausbildung in anderen Heilberufen</b>
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
HB07	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)
HB10	Entbindungspfleger und Hebamme
HB00	Medizinische Fachangestellte(r)
HB00	AltenpflegerIn

**A-12****Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V (Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)**

443

### A-13 Fallzahlen des Krankenhauses

<b>Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle</b>	
Vollstationäre Fallzahl	21.554
Teilstationäre Fallzahl	0
<b>Ambulante Fallzahl</b>	
Fallzählweise	43.324

### A-14 Personal des Krankenhauses

#### A-14.1 Ärzte und Ärztinnen

	<b>Anzahl</b>
<b>Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)</b>	123 Vollkräfte
<b>Davon Fachärzte und Fachärztinnen</b>	67 Vollkräfte
<b>Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)</b>	4 Personen

### A-14.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer
<b>Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen</b>	281 Vollkräfte	3 Jahre
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen</b>	49,5 Vollkräfte	3 Jahre
<b>Pflegehelfer und Pflegehelferinnen</b>	18,2 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs
<b>Entbindungspfleger und Hebammen</b>	11 Vollkräfte	3 Jahre
<b>Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen</b>	2 Vollkräfte	3 Jahre

### A-14.3 Spezielles therapeutisches Personal

Nr	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	2 Vollkräfte
SP02	Arzthelfer und Arzthelferin	15,8 Vollkräfte
SP28	Wundmanager und Wundmanagerin/Wundberater und Wundberaterin/Wundexperte und Wundexpertin/Wundbeauftragter und Wundbeauftragte	0,5 Vollkräfte
SP23	Psychologe und Psychologin	1 Vollkraft
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	2 Vollkräfte
SP43	Medizinisch-technischer Assistent und Medizinisch-technische Assistentin/Funktionspersonal	25 Vollkräfte
SP06	Erzieher und Erzieherin	1 Vollkraft
SP00	Krankenschwester mit der Zusatzbezeichnung Palliativ	4 Vollkräfte

## A-15 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h-Notfallverfügbarkeit
AA34	AICD-Implantation/Kontrolle/Programmiersystem	Einpflanzbarer Herzrhythmusdefibrillator	
AA01	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	✓
AA36	Gerät zur Argon-Plasma-Koagulation	Blutstillung und Gewebeverödungsmittels Argon-Plasma	
AA37	Arthroskop	Gelenksspiegelung	
AA38	Beatmungsgeräte/CPAP-Geräte	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	
AA03	Belastungs-EKG/Ergometrie	Belastungstest mit Herzstrommessung	
AA05	Bodyplethysmograph	Umfangreiches Lungenfunktionstestsystem	
AA06	Brachytherapiegerät	Bestrahlung von "innen"	
AA39	Bronchoskop	Gerät zur Luftröhren- und Bronchienspiegelung	✓
AA07	Cell Saver	Eigenblutaufbereitungsgerät	
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	✓
AA40	Defibrillator	Gerät zur Behandlung von lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen	
AA65	Echokardiographiegerät		
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	✓
AA12	Gastroenterologisches Endoskop	Gerät zur Magen-Darm-Spiegelung	✓
AA45	Endosonographiegerät	Ultraschalldiagnostik im Körperinneren	
AA46	Endoskopisch-retrograde-Cholangio-Pankreatiograph (ERCP)	Spiegelgerät zur Darstellung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge mittels Röntgenkontrastmittel	
AA13	Geräte der invasiven Kardiologie	Behandlungsmittels Herzkatheter	✓
AA14	Geräte für Nierenersatzverfahren		✓
AA16	Geräte zur Strahlentherapie		



→ **A-15**  
**Apparative Ausstattung**

<b>Nr.</b>	<b>Vorhandene Geräte</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>	<b>24h-Notfallverfügbarkeit</b>
AA47	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	✓
AA48	Gerät zur intraaortalen Ballongegenpulsation (IABP)	Mechanisches Gerät zur Unterstützung der Pumpleistung des Herzens	
AA51	Gerät zur Kardiotokographie	Gerät zur gleichzeitigen Messung der Herztöne und der Wehentätigkeit (Wehenschreiber)	✓
AA19	Kipptisch	Gerät zur Messung des Verhaltens der Kenngrößen des Blutkreislaufs bei Lageänderung	
AA52	Laboranalyseautomaten für Hämatologie, klinische Chemie, Gerinnung und Mikrobiologie	Laborgeräte zur Messung von Blutwerten bei Blutkrankheiten, Stoffwechselleiden, Gerinnungsleiden und Infektionen	✓
AA53	Laparoskop	Bauchhöhlenspiegelungsgerät	
AA20	Laser		
AA54	Linksherzkathetermessplatz	Darstellung der Herzkranzgefäße mittels Röntgen-Kontrastmittel	✓
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	✓
AA23	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	
AA55	MIC-Einheit (Minimalinvasive Chirurgie)	Minimal in den Körper eindringende, also gewebe-schonende Chirurgie	



→ **A-15**  
**Apparative Ausstattung**

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h-Notfallverfügbarkeit
AA67	Operationsmikroskop		
AA24	OP-Navigationsgerät		
AA27	Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät		✓
AA28	Schlaflabor		
AA29	Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/ Duplexsonographiegerät	Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/ farbkodierter Ultraschall	✓
AA31	Spirometrie/Lungenfunktionsprüfung		
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	
AA58	24h-Blutdruck-Messung		
AA59	24h-EKG-Messung		
AA61	Gerät zur 3-D-Bestrahlungsplanung	Bestrahlungsplanung in drei Dimensionen	
AA00	Stammzellseparatoren		

STRUKTURIERTER QUALITÄTSBERICHT  
TEIL B

## Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

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

## B-1 Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie mit Gefäßchirurgie

### B-1.1

#### Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

#### Kontaktdaten

<b>Chefarzt / Chefärztin</b>	Priv. Doz. Dr. med. Rainer Lück Chefarzt Gefäßchirurgie: Dr. med. Ulrich Augenstein ulrich.augenstein@sana-hm.de
<b>Straße und Nummer</b>	Saint Maur Platz 1
<b>PLZ und Ort</b>	31785 Hameln
<b>Telefon</b>	05151 97-2075
<b>Telefax</b>	05151 97-2074
<b>E-Mail</b>	rainer.lueck@sana-hm.de
<b>Webadresse</b>	sana-hm.de

#### Haupt-/Belegabteilung

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

## KLINIK FÜR ALLGEMEIN- UND VISCERALCHIRURGIE MIT GEFÄSSCHIRURGIE

**B-1.2****Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung**

<b>Nr.</b>	<b>Versorgungsschwerpunkte</b>
VC11	Lungenchirurgie
VC14	Speiseröhrenchirurgie
VC15	Thorakoskopische Eingriffe
VC59	Mediastinoskopie
VC16	Aortenaneurysmachirurgie
VC17	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
VC21	Endokrine Chirurgie
VC22	Magen-Darm-Chirurgie
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
VC24	Tumorchirurgie
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen
VC58	Spezialsprechstunde <a href="#">Interdisziplinäre Tumorsprechstunde, Gefäßsprechstunde</a>
VC00	Sonstige <a href="#">Proktologie</a>
VC60	Adipositaschirurgie
VC61	Dialyseshuntchirurgie
VC62	Portimplantation

## KLINIK FÜR ALLGEMEIN- UND VISCERALCHIRURGIE MIT GEFÄSSCHIRURGIE

**B-1.3****Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

<b>Nr.</b>	<b>Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot</b>
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung

**B-1.4****Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

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

**B-1.5****Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung**

<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	2.382
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

## KLINIK FÜR ALLGEMEIN- UND VISCERALCHIRURGIE MIT GEFÄSSCHIRURGIE

**B-1.6****Diagnosen nach ICD****B-1.6.1****Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD-10 Ziffer*	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	K80	208	Gallensteinleiden
2	I70	193	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose
3	K40	134	Leistenbruch (Hernie)
4	K56	125	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch
5	R10	123	Bauch- bzw. Beckenschmerzen
6	K57	110	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose
7	K35	106	Akute Blinddarmentzündung
8	E04	96	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse
9	I83	75	Krampfadern der Beine
10	T82	68	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittma-cher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen

\* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

## KLINIK FÜR ALLGEMEIN- UND VISCERALCHIRURGIE MIT GEFÄSSCHIRURGIE

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

<b>Rang</b>	<b>OPS-Ziffer</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>
1	5-469	320	Sonstige Operation am Darm
2	5-511	245	Operative Entfernung der Gallenblase
3	5-893	183	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut
4	5-916	175	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz
5	5-932	169	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung
6	5-381	161	Operative Entfernung eines Blutgerinnsels einschließlich der angrenzenden Innenwand einer Schlagader
7	5-470	143	Operative Entfernung des Blinddarms
8	5-530	129	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)
9	5-393	126	Anlegen einer sonstigen Verbindung zwischen Blutgefäßen(Shunt) bzw. eines Umgehungsgefäßes (Bypass)
10	5-930	124	Art des verpflanzten Materials

## KLINIK FÜR ALLGEMEIN- UND VISCERALCHIRURGIE MIT GEFÄSSCHIRURGIE

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

	<b>Art der Ambulanz</b>	<b>Bezeichnung der Ambulanz</b>	<b>Nr. der Leistung</b>	<b>Angebotene Leistung</b>
AM05	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)	Allgemeinchirurgische Ambulanz Stellung der Operationsindikation im Bereich der Allgemein- und Visceralchirurgie		
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhaus-ärzten)	Präoperative Gefäßsprechstunde <a href="#">Stellung der Operationsindikation im Bereich der Gefäßchirurgie</a>		
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhaus-ärzten)	Postoperative Gefäßsprechstunde <a href="#">Nachbehandlung von Patienten nach Eingriffen im Bereich der Gefäßchirurgie</a>		
AM07	Privatambulanz	Privatsprechstunde Allgemein- und Visceralchirurgie		
AM07	Privatambulanz	Privatsprechstunde Gefäßchirurgie		
AM08	Notfallambulanz (24h)	Allgemein- und Visceralchirurgie		
AM08	Notfallambulanz (24h)	Gefäßchirurgie		
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Allgemein- und Visceralchirurgie		
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Gefäßchirurgie		

## KLINIK FÜR ALLGEMEIN- UND VISCERALCHIRURGIE MIT GEFÄSSCHIRURGIE

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

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-530	31	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)
2	5-932	30	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung
3	5-490	10	Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von Gewebe im Bereich des Afters
4	5-534	9	Operativer Verschluss eines Nabelbruchs (Hernie)
5	5-897	6	Operative Sanierung einer Steißbeinfistel (Sinus pilonidalis)
6	5-491	≤ 5	Operative Behandlung von röhrenartigen Gängen im Bereich des Darmausganges (Analfisteln)
7	5-493	≤ 5	Operative Behandlung von Hämorrhoiden

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

Nicht vorhanden

## KLINIK FÜR ALLGEMEIN- UND VISCERALCHIRURGIE MIT GEFÄSSCHIRURGIE

**B-1.11**  
**Personelle Ausstattung****B-1.11.1**  
**Ärzte und Ärztinnen**

	Anzahl
<b>Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)</b>	15 Vollkräfte
<b>Davon Fachärzte und Fachärztinnen</b>	9 Vollkräfte

**Fachexpertise der Abteilung**

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

Nr.	Zusatzweiterbildung (fakultativ)
ZF00	Zertifizierte Weiterbildung Minimalinvasive Chirurgie (MIC)
ZF00	Sonstiges

## KLINIK FÜR ALLGEMEIN- UND VISCERALCHIRURGIE MIT GEFÄSSCHIRURGIE

**B-1.11.2****Pflegepersonal**

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	22,6 Vollkräfte	3 Jahre
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	2 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	1 Vollkraft	3 Jahre

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung**

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

**B-1.11.3****Spezielles therapeutisches Personal**

Nr	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl
SP02	Arzthelfer und Arzthelferin	1 Vollkraft

## B-2 Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin

### B-2.1

#### Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

#### Kontaktdaten

<b>Chefarzt / Chefärztin</b>	Prof. Dr. med. Wolfgang Seitz
<b>Straße und Nummer</b>	Saint Maur Platz 1
<b>PLZ und Ort</b>	31785 Hameln
<b>Telefon</b>	05151 97-2251
<b>Telefax</b>	05151 97-2141
<b>E-Mail</b>	wolfgang.seitz@sana-hm.de
<b>Webadresse</b>	sana-hm.de

#### Haupt-/Belegabteilung

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

### B-2.2

#### Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

## KLINIK FÜR ANÄSTHESIE UND OPERATIVE INTENSIVMEDIZIN

**B-2.3****Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

<b>Nr.</b>	<b>Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot</b>
MP24	Manuelle Lymphdrainage
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen

**B-2.5****Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung**

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

**B-2.6****Diagnosen nach ICD**

Trifft nicht zu

**B-2.7****Prozeduren nach OPS**

Trifft nicht zu

## KLINIK FÜR ANÄSTHESIE UND OPERATIVE INTENSIVMEDIZIN

**B-2.8****Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

	<b>Art der Ambulanz</b>	<b>Bezeichnung der Ambulanz</b>	<b>Nr. der Leistung</b>	<b>Angebotene Leistung</b>
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhaus-ärzten) Behandlung chronischer Schmerzzustände	Schmerzambulanz		

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

Trifft nicht zu

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

Nicht vorhanden

## KLINIK FÜR ANÄSTHESIE UND OPERATIVE INTENSIVMEDIZIN

**B-2.11**  
**Personelle Ausstattung****B-2.11.1**  
**Ärzte und Ärztinnen**

	Anzahl
<b>Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)</b>	21 Vollkräfte
<b>Davon Fachärzte und Fachärztinnen</b>	15 Vollkräfte

**Fachexpertise der Abteilung**

Nr.	Facharztqualifikation
AQ01	Anästhesiologie

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

## KLINIK FÜR ANÄSTHESIE UND OPERATIVE INTENSIVMEDIZIN

**B-2.11.2****Pflegepersonal**

	<b>Anzahl</b>	<b>Ausbildungsdauer</b>
<b>Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen</b>	54 Vollkräfte	3 Jahre
<b>Pflegehelfer und Pflegehelferinnen</b>	1 Vollkraft	ab 200 Std. Basiskurs
<b>Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen</b>	1 Vollkraft	3 Jahre

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung**

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

<b>Nr.</b>	<b>Zusatzqualifikation</b>
ZP14	Schmerzmanagement
ZP00	Atemtherapeutin

## B-3 Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

### B-3.1

#### Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

#### Kontaktdaten

<b>Chefarzt / Chefärztin</b>	Dr. med. Thomas Noesselt
<b>Straße und Nummer</b>	Saint Maur Platz 1
<b>PLZ und Ort</b>	31785 Hameln
<b>Telefon</b>	05151 97-1241
<b>Telefax</b>	05151 97-2123
<b>E-Mail</b>	thomas.noesselt@sana-hm.de
<b>Webadresse</b>	sana-hm.de

#### Haupt-/Belegabteilung

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

## KLINIK FÜR GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE

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

<b>Nr.</b>	<b>Versorgungsschwerpunkte</b>
VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
VG02	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
VG03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
VG04	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie Im Rahmen des Brustzentrums in Zusammenarbeit mit der Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie
VG05	Endoskopische Operationen
VG06	Gynäkologische Chirurgie
VG07	Inkontinenzchirurgie
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
VG09	Pränataldiagnostik und -therapie
VG10	Betreuung von Risikoschwangerschaften
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
VG12	Geburtshilfliche Operationen
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
VG15	Spezialsprechstunde Weibliche Inkontinenz, Gynäkologische Onkologie, Senologie
VG00	Sonstige Gynäkologisch-onkologische Ambulanz, Missbildungsdiagnostik
VG16	Urogynäkologie
VG18	Gynäkologische Endokrinologie
VG19	Ambulante Entbindung

## KLINIK FÜR GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE

**B-3.3****Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
MP24	Manuelle Lymphdrainage
MP28	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie <a href="#">Homöopathie im Kreißaalbereich</a>
MP34	Psychologisches/psychotherapeutischesLeistungsangebot/Psychosozialdienst <a href="#">Psycho-Onkologie</a>
MP36	Säuglingspflegekurse
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
MP05	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern <a href="#">Babyschwimmen</a>

**B-3.4****Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

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

**B-3.5****Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung**

<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	3.177
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

## KLINIK FÜR GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE

**B-3.6****Diagnosen nach ICD****B-3.6.1****Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD-10 Ziffer*	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	Z38	823	Neugeborene
2	O42	180	Vorzeitiger Blasensprung
3	N81	159	Vorfall der Scheide bzw. der Gebärmutter
4	O70	157	Dammriss während der Geburt
5	C50	155	Brustkrebs
6	O48	118	Schwangerschaft, die über den erwarteten Geburtstermin hinausgeht
7	O80	104	Normale Geburt eines Kindes
8	D25	87	Gutartiger Tumor der Gebärmuttermuskulatur
9	O68	83	Komplikationen bei Wehen bzw. Entbindung durch Gefahrenzustand des Kindes
10	N39	81	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase

\* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

## KLINIK FÜR GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE

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

<b>Rang</b>	<b>OPS-Ziffer</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>
1	9-262	871	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt
2	1-208	665	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)
3	9-260	523	Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt
4	5-758	353	Wiederherstellende Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen nach Dammschnitt während der Geburt
5	5-704	338	Operative Raffung der Scheidenwand bzw. Straffung des Beckenbodens mit Zugang durch die Scheide
6	8-020	307	Behandlung durch Einspritzen von Medikamenten in Organe bzw. Gewebe oder Entfernung von Ergüssen z.B. aus Gelenken
7	5-741	263	Kaiserschnitt mit Schnitt oberhalb des Gebärmutterhalses bzw. durch den Gebärmutterkörper
8	5-683	226	Vollständige operative Entfernung der Gebärmutter
9	8-910	217	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)
10	5-738	181	Erweiterung des Scheideneingangs durch Dammschnitt während der Geburt mit anschließender Naht

## KLINIK FÜR GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE

**B-3.8****Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

	<b>Art der Ambulanz</b>	<b>Bezeichnung der Ambulanz</b>	<b>Nr. der Leistung</b>	<b>Angebotene Leistung</b>
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhaus-ärzten) <a href="#">Diagnostik und Therapie auf dem Gebiet der Frauenheilkunde</a>	Frauenheilkunde		
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhaus-ärzten) <a href="#">Urodynamische Diagnostik und Therapie auf dem Gebiet der Frauenheilkunde</a>	Urodynamische Sprechstunde		
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhaus-ärzten) <a href="#">Voruntersuchung vor geplanten gynäkologischen rekonstruktiven Eingriffen des Beckenbodens und Nachuntersuchungen</a>	Gynäkologische Ambulanz		
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhaus-ärzten) <a href="#">Onkologische Therapie bei gynäkologischen Malignomen</a>	Gynäkologisch- Onkologische Ambulanz		



## KLINIK FÜR GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE

→ **B-3.8**  
**Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

	<b>Art der Ambulanz</b>	<b>Bezeichnung der Ambulanz</b>	<b>Nr. der Leistung</b>	<b>Angebotene Leistung</b>
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhaus-ärzten) <a href="#">Planung der Geburtsleitung durch den betreuenden Arzt der Entbindungsklinik gemäß Mutterschaftsrichtlinien</a>	Geburtshilfliche Ambulanz		
AM08	Notfallambulanz (24h)	Geburtshilfliche Ambulanz		<a href="#">Untersuchungen von Patientinnen mit geburtshilflichen Fragestellungen</a>
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhaus-ärzten) <a href="#">Konsiliarische Untersuchung bei Verdacht auf Mamma-Tumor</a>	Senologische Ambulanz		
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhaus-ärzten)	Gynäkologische Tumorambulanz		

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

<b>Rang</b>	<b>OPS-Ziffer</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>
1	5-690	50	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutter-schleimhaut - Ausschabung
2	5-751	6	Ausschabung zur Beendigung der Schwangerschaft
3	5-670	≤ 5	Erweiterung des Gebärmutterhalses

## KLINIK FÜR GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE

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

Nicht vorhanden

**B-3.11****Personelle Ausstattung****B-3.11.1****Ärzte und Ärztinnen**

	Anzahl	
<b>Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)</b>	11	Vollkräfte
<b>Davon Fachärzte und Fachärztinnen</b>	8	Vollkräfte

**Fachexpertise der Abteilung**

Nr.	Facharztqualifikation
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Nr.	Zusatzweiterbildung (fakultativ)
ZF02	Akupunktur
ZF00	Spezielle Operative Gynäkologie
ZF00	Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin

## KLINIK FÜR GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE

**B-3.11.2  
Pflegepersonal**

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	13,5 Vollkräfte	3 Jahre
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	11,5 Vollkräfte	3 Jahre
Entbindungspfleger und Hebammen	11 Vollkräfte	3 Jahre

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung**

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

**B-3.11.3  
Spezielles therapeutisches Personal**

Nr	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl
SP02	Arzthelfer und Arzthelferin	2 Vollkräfte

## B-4 Klinik für Hämatologie und internistische Onkologie

### B-4.1

#### Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

#### Kontaktdaten

<b>Chefarzt / Chefärztin</b>	Prof. Dr. med. Helmuth Schmidt
<b>Straße und Nummer</b>	Saint Maur Platz 1
<b>PLZ und Ort</b>	31785 Hameln
<b>Telefon</b>	05151 97-2396
<b>Telefax</b>	05151 97-2145
<b>E-Mail</b>	helmuth.schmidt@sana-hm.de
<b>Webadresse</b>	sana-hm.de

#### Haupt-/Belegabteilung

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

## KLINIK FÜR HÄMATOLOGIE UND INTERNISTISCHE ONKOLOGIE

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

<b>Nr.</b>	<b>Versorgungsschwerpunkte</b>
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI27	Spezialsprechstunde
VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
VH18	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
VI20	Intensivmedizin
VI21	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
VI38	Palliativmedizin
VI42	Transfusionsmedizin
VI45	Stammzelltransplantation
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)

**B-4.3****Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

<b>Nr.</b>	<b>Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot</b>
MP24	Manuelle Lymphdrainage
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst

## KLINIK FÜR HÄMATOLOGIE UND INTERNISTISCHE ONKOLOGIE

**B-4.4****Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

Nr.	Serviceangebot
SA09	Unterbringung Begleitperson
SA49	Fortbildungsangebote/Informationsveranstaltungen
SA60	Beratung durch Selbsthilfeorganisationen

**B-4.5****Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung**

<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	1.598
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

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

Rang	ICD-10 Ziffer*	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C34	285	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs
2	C18	98	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)
3	C16	86	Magenkrebs
4	C20	73	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs
5	C83	73	Lymphknotenkrebs, der ungeordnet im ganzen Lymphknoten wächst - Diffuses Non-Hodgkin-Lymphom
6	C50	51	Brustkrebs
7	C90	38	Knochenmarkkrebs, der auch außerhalb des Knochenmarks auftreten kann, ausgehend von bestimmten Blutkörperchen (Plasmazellen)



## KLINIK FÜR HÄMATOLOGIE UND INTERNISTISCHE ONKOLOGIE

→ **B-4.6.1**  
**Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD-10 Ziffer*	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
8	J15	37	Lungenentzündung durch Bakterien
9	C78	36	Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen
10	C79	33	Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen

**B-4.7**  
**Prozeduren nach OPS**

**B-4.7.1**  
**Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-522	898	Strahlenbehandlung mit hochenergetischer Strahlung bei Krebserkrankung - Hochvoltstrahlentherapie
2	8-542	478	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut
3	8-800	424	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
4	8-543	321	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden
5	6-002	147	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs
6	6-001	128	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 1 des Prozedurenkatalogs
7	8-527	89	Herstellen bzw. Anpassen von Hilfsmitteln zur Strahlenbehandlung
8	8-529	85	Planung der Strahlenbehandlung für die Bestrahlung durch die Haut bzw. die örtliche Bestrahlung
9	8-528	81	Überprüfen der Einstellungen vor dem Beginn einer Strahlenbehandlung
10	1-632	76	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung

## KLINIK FÜR HÄMATOLOGIE UND INTERNISTISCHE ONKOLOGIE

**B-4.8****Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

	<b>Art der Ambulanz</b>	<b>Bezeichnung der Ambulanz</b>	<b>Nr. der Leistung</b>	<b>Angebotene Leistung</b>
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhaus-ärzten)	Internistisch- Onkologische Ambulanz		
AM12	Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140b SGB V	Integrierte Versorgung für AOK Patienten		
AM07	Privatambulanz			
AM08	Notfallambulanz (24h)			

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

Trifft nicht zu

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

Nicht vorhanden

## KLINIK FÜR HÄMATOLOGIE UND INTERNISTISCHE ONKOLOGIE

**B-4.11**  
**Personelle Ausstattung****B-4.11.1**  
**Ärzte und Ärztinnen**

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

**Fachexpertise der Abteilung**

Nr.	Facharztqualifikation
AQ23	Innere Medizin
AQ27	Innere Medizin und SP Hämatologie und Onkologie

  

Nr.	Zusatzweiterbildung (fakultativ)
ZF30	Palliativmedizin

## KLINIK FÜR HÄMATOLOGIE UND INTERNISTISCHE ONKOLOGIE

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

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	25,8 Vollkräfte	3 Jahre
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	2 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung**

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ07	Onkologische Pflege/Palliative Care

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP10	Mentor und Mentorin
ZP12	Praxisanleitung

**B-4.11.3**  
**Spezielles therapeutisches Personal**

Nr	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl
SP02	Arzthelfer und Arzthelferin	1,8 Vollkräfte
SP23	Psychologe und Psychologin	1 Vollkraft
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	2 Vollkräfte
SP00	Sonstige Krankenschwester mit der Zusatzqualifikation „Palliativpflege“	4 Vollkräfte

## B-5 Klinik für Hepato-Gastroenterologie

### B-5.1

#### Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

#### Kontaktdaten

<b>Chefarzt / Chefärztin</b>	Priv. Doz. Dr. med. Franz-Josef Vonnahme
<b>Straße und Nummer</b>	Saint Maur Platz 1
<b>PLZ und Ort</b>	31785 Hameln
<b>Telefon</b>	05151 97-2261
<b>Telefax</b>	05151 97-2108
<b>E-Mail</b>	franz-josef.vonnahme@sana-hm.de
<b>Webadresse</b>	sana-hm.de

#### Haupt-/Belegabteilung

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

## KLINIK FÜR HEPATO-GASTROENTEROLOGIE

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

<b>Nr.</b>	<b>Versorgungsschwerpunkte</b>
VC14	Speiseröhrenchirurgie
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen
VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
VI27	Spezialsprechstunde Lebersprechstunde
VR02	Native Sonographie
VR06	Endosonographie
VX00	Sonstige Proktologie, Zertrümmerung von Gallen- und Bauchspeicheldrüsensteinen, interventionelle Endoskopie und Sonographie sowie Therapie der chronischen Hepatitis B und C
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI35	Endoskopie
VI38	Palliativmedizin
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

## KLINIK FÜR HEPATO-GASTROENTEROLOGIE

**B-5.3****Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

<b>Nr.</b>	<b>Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot</b>
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung

**B-5.4****Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

<b>Nr.</b>	<b>Serviceangebot</b>
SA60	Beratung durch Selbsthilfeorganisationen

**B-5.5****Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung**

<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	1.884
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

## KLINIK FÜR HEPATO-GASTROENTEROLOGIE

**B-5.6****Diagnosen nach ICD****B-5.6.1****Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD-10 Ziffer*	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	F10	181	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol
2	K80	115	Gallensteinleiden
3	R10	102	Bauch- bzw. Beckenschmerzen
4	K29	98	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms
5	A09	86	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger
6	K70	67	Leberkrankheit durch Alkohol
7	E11	62	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2
8	K57	58	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose
9	K21	55	Krankheit der Speiseröhre durch Rückfluss von Magensaft
10	E86	49	Flüssigkeitsmangel

\* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

## KLINIK FÜR HEPATO-GASTROENTEROLOGIE

**B-5.7****Prozeduren nach OPS****B-5.7.1****Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

<b>Rang</b>	<b>OPS-Ziffer</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>
1	1-632	1.044	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
2	1-440	608	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung
3	8-900	431	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene
4	5-513	415	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung
5	1-650	368	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie
6	1-653	351	Untersuchung des Enddarms durch eine Spiegelung
7	8-800	276	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
8	3-225	224	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel
9	8-930	222	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
10	1-640	175	Untersuchung der Gallengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms

## KLINIK FÜR HEPATO-GASTROENTEROLOGIE

**B-5.8****Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

	<b>Art der Ambulanz</b>	<b>Bezeichnung der Ambulanz</b>	<b>Nr. der Leistung</b>	<b>Angebotene Leistung</b>
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhaus-ärzten)	Innere Medizin - Gastroenterologie		<a href="#">Untersuchung und Behandlung in der Gastroenterologie, Hepatologie, Proktologie sowie Endoskopische Untersuchungen</a>
AM07	Privatambulanz			
AM08	Notfallambulanz (24h)			
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V			

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

<b>Rang</b>	<b>OPS-Ziffer</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>
1	1-650	92	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie
2	1-653	75	Untersuchung des Enddarms durch eine Spiegelung
3	8-900	34	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene
4	5-452	31	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms
5	1-444	30	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung
6	5-469	≤ 5	Sonstige Operation am Darm

## KLINIK FÜR HEPATO-GASTROENTEROLOGIE

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

Nicht vorhanden

**B-5.11****Personelle Ausstattung****B-5.11.1****Ärzte und Ärztinnen**

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

**Fachexpertise der Abteilung**

Nr.	Facharztqualifikation
AQ63	Allgemeinmedizin
AQ25	Innere Medizin und SP Endokrinologie und Diabetologie
AQ26	Innere Medizin und SP Gastroenterologie
AQ28	Innere Medizin und SP Kardiologie
ZF07	Diabetologie

Nr.	Zusatzweiterbildung (fakultativ)
ZF28	Notfallmedizin
ZF34	Proktologie

## KLINIK FÜR HEPATO-GASTROENTEROLOGIE

**B-5.11.2****Pflegepersonal**

	<b>Anzahl</b>	<b>Ausbildungsdauer</b>
<b>Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen</b>	15 Vollkräfte	3 Jahre
<b>Pflegehelfer und Pflegehelferinnen</b>	2,4 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung**

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

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

**B-5.11.3****Spezielles therapeutisches Personal**

<b>Nr</b>	<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Anzahl</b>
SP02	Arzthelfer und Arzthelferin	1 Vollkraft
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	2 Vollkräfte

## B-6 Klinik für Kardiologie und internistische Intensivmedizin

### B-6.1

#### Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

#### Kontaktdaten

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

#### Haupt-/Belegabteilung

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

## KLINIK FÜR KARDIOLOGIE UND INTERNISTISCHE INTENSIVMEDIZIN

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

<b>Nr.</b>	<b>Versorgungsschwerpunkte</b>
VC05	Schrittmachereingriffe
VC06	Defibrillatoreingriffe
VC17	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
VI20	Intensivmedizin
VI21	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VI27	Spezialsprechstunde Schrittmacherkontrollen, Defibrillatorkontrollen, Synkopendiagnostik
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
VI34	Elektrophysiologie

## KLINIK FÜR KARDIOLOGIE UND INTERNISTISCHE INTENSIVMEDIZIN

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

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse

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

Vollstationäre Fallzahl	5.612
Teilstationäre Fallzahl	0

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

Rang	ICD-10 Ziffer*	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I20	541	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris
2	I25	473	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens
3	I50	436	Herzschwäche
4	I48	356	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens
5	R07	333	Hals- bzw. Brustschmerzen
6	I21	332	Akuter Herzinfarkt
7	I10	297	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache
8	J18	243	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
9	R55	238	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps
10	J44	223	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD

\* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

## KLINIK FÜR KARDIOLOGIE UND INTERNISTISCHE INTENSIVMEDIZIN

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

<b>Rang</b>	<b>OPS-Ziffer</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>
1	8-930	3.021	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
2	1-275	1.766	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)
3	3-200	1.043	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
4	8-837	1.000	Behandlung am Herzen bzw. den Herzkranzgefäßen mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße
5	1-710	600	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie
6	8-980	509	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)
7	1-266	364	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)
8	3-990	310	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung
9	3-824	309	Kernspintomographie (MRT) des Herzens mit Kontrastmittel
10	3-820	308	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel

## KLINIK FÜR KARDIOLOGIE UND INTERNISTISCHE INTENSIVMEDIZIN

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

	<b>Art der Ambulanz</b>	<b>Bezeichnung der Ambulanz</b>	<b>Nr. der Leistung</b>	<b>Angebotene Leistung</b>
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhaus-ärzten)	Innere Medizin - Kardiologie		Kardiologische Untersuchung und Behandlung, Schrittmacherkontrollen, Defibrillatorkontrollen
AM07	Privatambulanz			
AM08	Notfallambulanz (24h)			

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

<b>Rang</b>	<b>OPS-Ziffer</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>
1	1-275	210	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)
2	1-273	15	Untersuchung der rechten Herzhälfte mit einem über die Vene ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)
3	5-377	10	Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator)
4	5-378	10	Entfernung, Wechsel bzw. Korrektur eines Herzschrittmachers oder Defibrillators

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

Nicht vorhanden

## KLINIK FÜR KARDIOLOGIE UND INTERNISTISCHE INTENSIVMEDIZIN

**B-6.11****Personelle Ausstattung****B-6.11.1****Ärzte und Ärztinnen**

	<b>Anzahl</b>
<b>Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)</b>	23 Vollkräfte
<b>Davon Fachärzte und Fachärztinnen</b>	6 Vollkräfte

**Fachexpertise der Abteilung**

<b>Nr.</b>	<b>Facharztqualifikation</b>
AQ63	Allgemeinmedizin
AQ28	Innere Medizin und SP Kardiologie

<b>Nr.</b>	<b>Zusatzweiterbildung (fakultativ)</b>
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin
ZF39	Schlafmedizin Zertifikatsweiterbildung in Schlafmedizin
ZF00	Ernährungsmedizin

## KLINIK FÜR KARDIOLOGIE UND INTERNISTISCHE INTENSIVMEDIZIN

**B-6.11.2  
Pflegepersonal**

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	88 Vollkräfte	3 Jahre
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	4,3 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung**

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

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP10	Mentor und Mentorin
ZP12	Praxisanleitung
ZP16	Wundmanagement

**B-6.11.3  
Spezielles therapeutisches Personal**

Nr	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl
SP02	Arzthelfer und Arzthelferin	3 Vollkräfte

## B-7 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

### B-7.1

#### Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

<b>Name der Fachabteilung</b>	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
-------------------------------	--------------------------------------

#### Kontaktdaten

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

#### Haupt-/Belegabteilung

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

## KLINIK FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

**B-7.2****Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung**

<b>Nr.</b>	<b>Versorgungsschwerpunkte</b>
VK01	Diagnostik und Therapie von(angeborenen) Herzerkrankungen
VK03	Diagnostik und Therapie von(angeborenen) Gefäßerkrankungen
VK04	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen
VK05	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)
VK06	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
VK07	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VK11	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) hämatologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
VK12	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin
VK13	Diagnostik und Therapie von Allergien
VK15	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen
VK16	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen
VK17	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen
VK20	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
VK22	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener
VK23	Versorgung von Mehrlingen
VK24	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangere r im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärzten und Frauenärztinnen
VK25	Neugeborenenenscreening
VK26	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen en im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter
VK27	Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes
VK00	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter



## KLINIK FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

→ **B-7.2**  
**Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung**

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VK00	Sonstige Kinderchirurgische Notfallbehandlung in Zusammenarbeit mit den Kliniken für Unfallchirurgie, Plastischer Chirurgie und Orthopädie sowie Allgemein- und Visceralchirurgie
VK00	Sonstige Diabetes mellitus Typ 1: Diabetologe DDG, Krampfleiden: EEG Ableitung mit Videoüberwachung, Asthmabehandlung: ausgebildeter Asthmatrainer
VK36	Neonatologie

**B-7.3**  
**Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
MP54	Asthmaschulung
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen

**B-7.4**  
**Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

Nr.	Serviceangebot
SA09	Unterbringung Begleitperson
SA37	Spielplatz/Spielecke

## KLINIK FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

**B-7.5****Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung**

<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	2.241
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

**B-7.6****Diagnosen nach ICD****B-7.6.1****Hauptdiagnosen nach ICD**

<b>Rang</b>	<b>ICD-10 Ziffer*</b>	<b>Fallzahl</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>
1	A09	323	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger
2	S06	180	Verletzung des Schädelinneren
3	J18	127	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
4	A08	85	Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Viren oder sonstige Krankheitserreger
5	F10	71	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol
6	S00	66	Oberflächliche Verletzung des Kopfes
7	J06	58	Akute Entzündung an mehreren Stellen oder einer nicht angegebenen Stelle der oberen Atemwege
8	K59	58	Sonstige Störung der Darmfunktion, z.B. Verstopfung oder Durchfall
9	J20	55	Akute Bronchitis
10	P07	50	Störung aufgrund kurzer Schwangerschaftsdauer oder niedrigem Geburtsgewicht

\* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

## KLINIK FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

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

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-930	1.114	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
2	8-016	1.089	Künstliche Ernährung über die Vene als medizinische Hauptbehandlung
3	1-207	120	Messung der Gehirnströme - EEG
4	1-208	107	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)
5	8-010	92	Gabe von Medikamenten bzw. Salzlösungen über die Gefäße bei Neugeborenen
6	3-820	76	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel
7	9-262	56	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt
8	8-711	34	Künstliche Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen
9	8-560	28	Anwendung von natürlichem oder künstlichem Licht zu Heilzwecken - Lichttherapie
10	5-470	26	Operative Entfernung des Blinddarms

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

	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Nr. der Leistung	Angebotene Leistung
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhaus-ärzten)	Diabetessprechstunde		
AM07	Privatambulanz			
AM08	Notfallambulanz (24h)			

## KLINIK FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

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

Trifft nicht zu

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

Nicht vorhanden

**B-7.11****Personelle Ausstattung****B-7.11.1****Ärzte und Ärztinnen**

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

**Fachexpertise der Abteilung**

Nr.	Facharztqualifikation
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin

## KLINIK FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

**B-7.11.2**  
**Pflegepersonal**

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	7 Vollkräfte	3 Jahre
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	38 Vollkräfte	3 Jahre
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	1 Vollkraft	ab 200 Std. Basiskurs

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung**

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

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP03	Diabetes
ZP10	Mentor und Mentorin
ZP12	Praxisanleitung

**B-7.11.3**  
**Spezielles therapeutisches Personal**

Nr	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl
SP06	Erzieher und Erzieherin	1 Vollkraft

## B-8 Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie

### B-8.1

#### Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

#### Kontaktdaten

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

#### Haupt-/Belegabteilung

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

## KLINIK FÜR PLASTISCHE UND ÄSTHETISCHE CHIRURGIE

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

<b>Nr.</b>	<b>Versorgungsschwerpunkte</b>
VA15	Plastische Chirurgie
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
VC58	Spezialsprechstunde
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
VD08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
VG04	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
VH06	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
VH13	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
VH21	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
VH22	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
VK32	Kindertraumatologie
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
VX00	Ästhetische Chirurgie

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

<b>Nr.</b>	<b>Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot</b>
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse Adipositasvermeidung/Gewichtsreduktion durch Verhaltensänderung

## KLINIK FÜR PLASTISCHE UND ÄSTHETISCHE CHIRURGIE

**B-8.5****Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung**

<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	453
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

**B-8.6****Diagnosen nach ICD****B-8.6.1****Hauptdiagnosen nach ICD**

<b>Rang</b>	<b>ICD-10 Ziffer*</b>	<b>Fallzahl</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>
1	C44	132	Sonstiger Hautkrebs
2	N62	26	Übermäßige Vergrößerung der Brustdrüse
3	E65	21	Fettpolster
4	L89	18	Druckgeschwür (Dekubitus) und Druckzone
5	M72	18	Gutartige Geschwulstbildung des Bindegewebes
6	G56	13	Funktionsstörung eines Nervs am Arm bzw. an der Hand
7	L03	13	Eitrige, sich ohne klare Grenzen ausbreitende Entzündung in tiefer liegendem Gewebe - Phlegmone
8	D17	12	Gutartiger Tumor des Fettgewebes
9	M18	12	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Daumensattelgelenkes
10	T85	12	Komplikationen durch sonstige eingepflanzte Fremdteile (z.B. künstliche Augenlinsen, Brustimplantate) oder Verpflanzung von Gewebe im Körperinneren

\* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

## KLINIK FÜR PLASTISCHE UND ÄSTHETISCHE CHIRURGIE

**B-8.7****Prozeduren nach OPS****B-8.7.1****Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

<b>Rang</b>	<b>OPS-Ziffer</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>
1	5-903	212	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal
2	5-893	181	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut
3	5-895	101	Ausgedehnte operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut
4	5-892	46	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut
5	5-916	42	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz
6	5-911	41	Operation zur Straffung der Haut bzw. Unterhaut und Entfernung von Fettgewebe, außer im Gesicht
7	5-902	33	Freie Hautverpflanzung [, Empfängerstelle und Art des Transplantats]
8	5-884	27	Operative Brustverkleinerung
9	8-190	25	Spezielle Verbandstechnik
10	5-056	24	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion

## KLINIK FÜR PLASTISCHE UND ÄSTHETISCHE CHIRURGIE

**B-8.8****Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

	<b>Art der Ambulanz</b>	<b>Bezeichnung der Ambulanz</b>	<b>Nr. der Leistung</b>	<b>Angebotene Leistung</b>
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhaus-ärzten) <a href="#">Indikationsstellung vor operativen Eingriffen im Bereich der Plastischen und Ästhetischen Chirurgie sowie der Handchirurgie</a>	Plastisch-Ästhetische und Handchirurgische Ambulanz		
AM00	Adipositasambulanz <a href="#">Beratung von Adipositaspatienten</a>	Adipositasprechstunde		
AM07	Privatambulanz			
AM08	Notfallambulanz (24h)			
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V			

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

<b>Rang</b>	<b>OPS-Ziffer</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>
1	5-056	68	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nerven oder zur Aufhebung der Nervenfunktion
2	5-841	47	Operation an den Bändern der Hand
3	5-840	20	Operation an den Sehnen der Hand
4	5-903	19	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal
5	5-842	14	Operation an den Bindegewebshüllen der Muskeln und Sehnen an Hand bzw. Fingern
6	5-849	14	Sonstige Operation an der Hand
7	5-184	≤ 5	Operative Korrektur absteher Ohren
8	5-845	≤ 5	Operative Entfernung der Gelenkinnenhaut an der Hand
9	5-906	≤ 5	Kombinierter wiederherstellende Operation an Haut bzw. Unterhaut

## KLINIK FÜR PLASTISCHE UND ÄSTHETISCHE CHIRURGIE

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

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

**B-8.11****Personelle Ausstattung****B-8.11.1****Ärzte und Ärztinnen**

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

**Fachexpertise der Abteilung**

Nr.	Facharztqualifikation
AQ06	Allgemeine Chirurgie
AQ11	Plastische und Ästhetische Chirurgie

Nr.	Zusatzweiterbildung (fakultativ)
ZF12	Handchirurgie
ZF28	Notfallmedizin

## KLINIK FÜR PLASTISCHE UND ÄSTHETISCHE CHIRURGIE

**B-8.11.2  
Pflegepersonal**

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	8,4 Vollkräfte	3 Jahre
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	1 Vollkraft	ab 200 Std. Basiskurs

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung**

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

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP10	Mentor und Mentorin
ZP12	Praxisanleitung
ZP16	Wundmanagement

**B-8.11.3  
Spezielles therapeutisches Personal**

Nr	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl
SP02	Arzthelfer und Arzthelferin	2 Vollkräfte

## B-9 Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

### B-9.1

#### Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

#### Kontaktdaten

<b>Chefarzt / Chefärztin</b>	Prof. Dr. med. Winfried Berner (ab 01.09.2011 Prof. Dr. med. Stefan Hankemeier stefan.hankemeier@sana-hm.de)
<b>Straße und Nummer</b>	Saint-Maur-Platz 1
<b>PLZ und Ort</b>	31785 Hameln
<b>Telefon</b>	05151 97-2221
<b>Telefax</b>	05151 97-2148
<b>E-Mail</b>	winfried.berner@sana-hm.de
<b>Webadresse</b>	sana-hm.de

#### Haupt-/Belegabteilung

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

## KLINIK FÜR ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE

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

<b>Nr.</b>	<b>Versorgungsschwerpunkte</b>
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
VC13	Operationen wegen Thoraxtrauma
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken
VC30	Septische Knochenchirurgie
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
VC45	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
VC49	Chirurgie der Bewegungsstörungen
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven
VC53	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens



## KLINIK FÜR ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE

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

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
VO13	Spezialsprechstunde
VX00	Sonstige Stoßwellentherapie bei Erkrankungen des Bewegungsapparates
VO15	Fußchirurgie
VO16	Handchirurgie
VO19	Schulterchirurgie
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie
VC65	Wirbelsäulenchirurgie
VC66	Arthroskopische Operationen
VC67	Chirurgische Intensivmedizin
VC71	Notfallmedizin
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie

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

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
MP11	Bewegungstherapie
MP24	Manuelle Lymphdrainage
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik

## KLINIK FÜR ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE

**B-9.5****Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung**

<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	2.170
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

**B-9.6****Diagnosen nach ICD****B-9.6.1****Hauptdiagnosen nach ICD**

<b>Rang</b>	<b>ICD-10 Ziffer*</b>	<b>Fallzahl</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>
1	S72	261	Knochenbruch des Oberschenkels
2	S52	197	Knochenbruch des Unterarmes
3	S06	190	Verletzung des Schädelinneren
4	S82	167	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
5	M17	141	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes
6	S42	131	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms
7	S32	130	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens
8	S22	103	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule
9	M16	82	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes
10	T84	59	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken

\* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

## KLINIK FÜR ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE

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

<b>Rang</b>	<b>OPS-Ziffer</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>
1	5-794	277	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten
2	5-790	269	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen
3	5-893	227	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut
4	5-916	189	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz
5	5-793	174	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
6	5-820	170	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks
7	5-787	166	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden
8	5-800	144	Offener operativer Eingriff an einem Gelenk
9	5-900	137	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht
10	5-822	118	Operatives Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks

## KLINIK FÜR ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE

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

	<b>Art der Ambulanz</b>	<b>Bezeichnung der Ambulanz</b>	<b>Nr. der Leistung</b>	<b>Angebotene Leistung</b>
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhaus-ärzten)	Orthopädische und Unfallchirurgische Ambulanz		<a href="#">Untersuchung und Behandlung auf dem Gebiet der Orthopädie und Unfallchirurgie</a>
AM09	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	BG-Sprechstunde		<a href="#">Untersuchung und Behandlung von BG-Fällen</a>
AM07	Privatambulanz	Privatsprechstunde		
AM08	Notfallambulanz (24h)			
AM12	Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140b SGB V	Hüft- und Kniegelenksersatz		
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V			

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

<b>Rang</b>	<b>OPS-Ziffer</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>
1	5-812	87	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung
2	5-787	68	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden
3	5-790	39	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen
4	5-811	31	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung
5	5-810	14	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung



## KLINIK FÜR ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE

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

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
6	5-795	9	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs an kleinen Knochen
7	5-788	8	Operation an den Fußknochen
8	5-796	7	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs an kleinen Knochen
9	5-840	7	Operation an den Sehnen der Hand
10	5-841	≤ 5	Operation an den Bändern der Hand

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

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

**B-9.11**  
**Personelle Ausstattung**

**B-9.11.1**  
**Ärzte und Ärztinnen**

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

## KLINIK FÜR ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE

**B-9.11.1****Fachexpertise der Abteilung**

Nr.	Facharztqualifikation
AQ06	Allgemeine Chirurgie
AQ61	Orthopädie
AQ62	Unfallchirurgie

**B-9.11.2****Pflegepersonal**

	Anzahl	Ausbildungsdauer
<b>Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen</b>	26,7 Vollkräfte	3 Jahre
<b>Pflegehelfer und Pflegehelferinnen</b>	2 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung**

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

**B-9.11.3****Spezielles therapeutisches Personal**

Nr	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl
SP02	Arzthelfer und Arzthelferin	1 Vollkraft

## B-10 Klinik für Urologie

### B-10.1

#### Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

#### Kontaktdaten

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

#### Haupt-/Belegabteilung

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

## KLINIK FÜR UROLOGIE

**B-10.2****Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung**

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VU01	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
VU07	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
VU08	Kinderurologie
VU10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
VU11	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
VU12	Minimalinvasive endoskopische Operationen
VU13	Tumorchirurgie radikale Tumorchirurgie
VX00	Sonstige Botox Injektionen in die Harnblase bei überaktiver Blase, Fluoreszenzystoskopie - Resektion
VU09	Neuro-Urologie

**B-10.3****Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen

## KLINIK FÜR UROLOGIE

**B-10.5****Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung**

<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	1.321
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

**B-10.6****Diagnosen nach ICD****B-10.6.1****Hauptdiagnosen nach ICD**

<b>Rang</b>	<b>ICD-10 Ziffer*</b>	<b>Fallzahl</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>
1	C67	180	Harnblasenkrebs
2	N40	168	Gutartige Vergrößerung der Prostata
3	N20	146	Stein im Nierenbecken bzw. Harnleiter
4	N13	144	Harnstau aufgrund einer Abflussbehinderung bzw. Harnrückfluss in Richtung Niere
5	N30	120	Entzündung der Harnblase
6	C61	89	Prostatakrebs
7	R31	55	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Blutausscheidung im Urin
8	N45	31	Hodenentzündung bzw. Nebenhodenentzündung
9	N10	30	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen
10	C64	29	Nierenkrebs, ausgenommen Nierenbeckenkrebs

\* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

## KLINIK FÜR UROLOGIE

**B-10.7**  
**Prozeduren nach OPS****B-10.7.1**  
**Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-132	302	Spülung oder Gabe von Medikamenten in die Harnblase
2	5-573	293	Operative(r) Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre
3	8-137	224	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschiene
4	1-661	216	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung
5	8-110	183	Harnsteinertrümmerung in Niere und Harnwegen durch von außen zugeführte Stoßwellen
6	5-572	174	Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung
7	5-601	146	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe der Prostata durch die Harnröhre
8	3-13D	88	Röntgendarstellung der Niere und Harnwege mit Kontrastmittel
9	8-133	81	Wechsel bzw. Entfernung eines Harnblasenschlauchs(Katheter) über die Bauchdecke
10	8-541	75	Einträufeln von und örtlich begrenzte Therapie mit Krebsmitteln bzw. von Mitteln, die das Immunsystem beeinflussen, in Hohlräume des Körpers

## KLINIK FÜR UROLOGIE

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

	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Nr. der Leistung	Angebotene Leistung
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhaus-ärzten) <a href="#">Diagnostik und Therapie auf dem Gebiet der Urologie</a>	Urologische Ambulanz		
AM07	Privatambulanz			
AM08	Notfallambulanz (24h)			
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V			

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

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-137	366	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschiene
2	5-640	159	Operation an der Vorhaut des Penis
3	1-661	136	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung
4	1-464	46	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus den männlichen Geschlechtsorganen durch den Mastdarm
5	9-999	32	Ambulante Operation geplant, aber nicht durchgeführt
6	5-562	29	Operativer Einschnitt in die Harnleiter bzw. Steinentfernung bei einer offenen Operation oder bei einer Spiegelung
7	5-581	21	Operative Erweiterung des Harnröhrenausganges
8	5-630	21	Operative Behandlung einer Krampfader des Hodens bzw. eines Wasserbruchs (Hydrocele) im Bereich des Samenstranges
9	5-572	19	Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung
10	5-611	19	Operativer Verschluss eines Wasserbruchs (Hydrocele) am Hoden

## KLINIK FÜR UROLOGIE

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

Nicht vorhanden

**B-10.11****Personelle Ausstattung****B-10.11.1****Ärzte und Ärztinnen**

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

**Fachexpertise der Abteilung**

Nr.	Facharztqualifikation
AQ60	Urologie

## KLINIK FÜR UROLOGIE

**B-10.11.2  
Pflegepersonal**

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	13 Vollkräfte	3 Jahre
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	2 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung**

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

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP12	Praxisanleitung

**B-10.11.3  
Spezielles therapeutisches Personal**

Nr	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl
SP02	Arzthelfer und Arzthelferin	3 Vollkräfte

## B-11 Belegabteilung Augenheilkunde

### B-11.1

#### Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

#### Kontaktdaten

<b>Chefarzt / Chefärztin</b>	Dr. med. Franck Morche Dr. med. Tilmann Weinreich
<b>Straße und Nummer</b>	Saint Maur Platz 1
<b>PLZ und Ort</b>	31785 Hameln
<b>Telefon</b>	05151 97-2413
<b>Telefax</b>	05151 97-2416
<b>E-Mail</b>	xyz@sana-hm.de
<b>Webadresse</b>	www.sana-hm.de

#### Haupt-/Belegabteilung

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

## BELEGABTEILUNG AUGENHEILKUNDE

**B-11.2****Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung**

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

**B-11.3****Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

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

**B-11.5****Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung**

<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	78
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

## BELEGABTEILUNG AUGENHEILKUNDE

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

Rang	ICD-10 Ziffer*	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	H25	61	Grauer Star im Alter - Katarakt
2	H40	9	Grüner Star - Glaukom
3	H26	≤ 5	Sonstiger Grauer Star
4	H04	≤ 5	Krankheit bzw. Veränderung des Tränenapparates
5	H27	≤ 5	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung der Augenlinse
6	H35	≤ 5	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung der Netzhaut des Auges

\* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

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

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-144	72	Operative Entfernung der Augenlinse ohne ihre Linsenkapsel
2	5-984	69	Operation unter Verwendung optischer Vergrößerungshilfen, z.B. Lupenbrille, Operationsmikroskop
3	5-133	8	Senkung des Augeninnendrucks im Auge durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation
4	5-987	≤ 5	Operation unter Anwendung eines Operations-Roboters
5	5-087	≤ 5	Wiederherstellende Operation des Tränennasengangs
6	5-146	≤ 5	Einführung oder Wechsel einer künstlichen Augenlinse
7	5-154	≤ 5	Sonstige Operation zur Befestigung der Netzhaut nach Ablösung
8	5-158	≤ 5	Operative Entfernung des Glaskörpers des Auges und nachfolgender Ersatz mit Zugang über den Strahlenkörper

BELEGABTEILUNG AUGENHEILKUNDE

**B-11.8**

**Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Trifft nicht zu

**B-11.9**

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

Trifft nicht zu

**B-11.10**

**Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Trifft nicht zu

## BELEGABTEILUNG AUGENHEILKUNDE

**B-11.11**  
**Personelle Ausstattung****B-11.11.1**  
**Ärzte und Ärztinnen**

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

**Fachexpertise der Abteilung**

Nr.	Facharztqualifikation
AQ04	Augenheilkunde

**B-11.11.2**  
**Pflegepersonal**

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

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

### B-12.1

#### Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

#### Kontaktdaten

<b>Chefarzt / Chefärztin</b>	Markus Kurbach
<b>Straße und Nummer</b>	Saint Maur Platz 1
<b>PLZ und Ort</b>	31785 Hameln
<b>Telefon</b>	05151 97-2433
<b>Telefax</b>	05151 97-2436
<b>E-Mail</b>	kurbach@kreiskrankenhaus-hameln.de
<b>Webadresse</b>	sana-hm.de

#### Haupt-/Belegabteilung

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

## BELEGABTEILUNG HALS-, NASEN-, OHRENHEILKUNDE

**B-12.2****Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung**

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VH01	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
VH02	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
VH03	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
VH04	Mittelohrchirurgie
VH09	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
VH10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
VH13	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
VH14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
VH15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
VH07	Schwindeldiagnostik/-therapie
VH16	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
VH17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea

**B-12.3****Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP55	Audiometrie/Hördiagnostik
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie

**B-12.5****Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung**

<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	414
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

## BELEGABTEILUNG HALS-, NASEN-, OHRENHEILKUNDE

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

Rang	ICD-10 Ziffer*	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	J34	110	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen
2	H93	67	Sonstige Krankheit des Ohres
3	J35	60	Anhaltende (chronische) Krankheit der Gaumen- bzw. Rachenmandeln
4	H91	36	Sonstiger Hörverlust
5	J32	32	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung
6	H81	27	Störung des Gleichgewichtsorgans
7	J38	13	Krankheit der Stimmlippen bzw. des Kehlkopfes
8	H65	7	Nichteitrige Mittelohrentzündung
9	H66	≤ 5	Eitrige bzw. andere Form der Mittelohrentzündung
10	H70	≤ 5	Entzündung des Warzenfortsatzes beim Ohr bzw. ähnliche Krankheiten

\* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

## BELEGABTEILUNG HALS-, NASEN-, OHRENHEILKUNDE

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

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-215	155	Operation an der unteren Nasenmuschel
2	5-200	83	Operativer Einschnitt in das Trommelfell
3	5-285	69	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)
4	5-281	50	Operative Entfernung der Gaumenmandeln (ohne Entfernung der Rachenmandel) - Tonsillektomie ohne Adenotomie
5	5-214	46	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand
6	5-222	35	Operation am Siebbein bzw. an der Keilbeinhöhle
7	5-300	35	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Kehlkopfes
8	3-820	34	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel
9	3-200	13	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
10	3-990	7	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung

**B-12.8****Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Trifft nicht zu

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

Trifft nicht zu

## BELEGABTEILUNG HALS-, NASEN-, OHRENHEILKUNDE

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

Nicht vorhanden

**B-12.11****Personelle Ausstattung****B-12.11.1****Ärzte und Ärztinnen**

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

**Fachexpertise der Abteilung**

Nr.	Facharztqualifikation
AQ18	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

**B-12.11.2****Pflegepersonal**

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

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

### B-13.1

#### Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

#### Kontaktdaten

<b>Chefarzt / Chefärztin</b>	Dr. Klaus-Peter Seifert
<b>Straße und Nummer</b>	Saint Maur Platz 1
<b>PLZ und Ort</b>	31785 Hameln
<b>Telefon</b>	05151 97-2430
<b>Telefax</b>	05151 97-2553
<b>E-Mail</b>	seifert@kreiskrankenhaus-hameln.de
<b>Webadresse</b>	sana-hm.de

#### Haupt-/Belegabteilung

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

## BELEGABTEILUNG MUND-, KIEFER-, GESICHTSCHIRURGIE

**B-13.2****Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung**

<b>Nr.</b>	<b>Versorgungsschwerpunkte</b>
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
VH15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
VH18	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
VH21	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
VZ01	Akute und sekundäre Traumatologie
VZ02	Ästhetische Zahnheilkunde
VZ03	Dentale Implantologie
VZ04	Dentoalveoläre Chirurgie
VZ05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
VZ17	Diagnostik und Therapie von Spaltbildungen im Kiefer- und Gesichtsbereich
VZ07	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
VZ08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne
VZ09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates
VZ18	Diagnostik und Therapie von Störungen der Zahnentwicklung und des Zahndurchbruchs
VZ16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks
VZ10	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich
VZ13	Kraniofaziale Chirurgie
VZ14	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen
VZ15	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie

**B-13.5****Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung**

<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	224
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

## BELEGABTEILUNG MUND-, KIEFER-, GESICHTSCHIRURGIE

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

Rang	ICD-10 Ziffer*	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	K04	88	Krankheit des Zahnmarks bzw. des Gewebes um die Zahnwurzel
2	S02	59	Knochenbruch des Schädels bzw. der Gesichtsschädelknochen
3	C04	11	Mundbodenkrebs
4	J32	9	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung
5	S01	6	Offene Wunde des Kopfes
6	J34	≤ 5	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen
7	C02	≤ 5	Sonstiger Zungenkrebs
8	C44	≤ 5	Sonstiger Hautkrebs
9	K11	≤ 5	Krankheit der Speicheldrüsen
10	T81	≤ 5	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen

\* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

## BELEGABTEILUNG MUND-, KIEFER-, GESICHTSCHIRURGIE

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

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-241	96	Operative Korrektur des Zahnfleisches
2	5-249	79	Sonstige Operation oder andere Maßnahme an Gebiss, Zahnfleisch bzw. Zahnfächern
3	5-270	73	Äußerer operativer Einschnitt und Einlage eines Wundröhrchens zur Flüssigkeitsableitung im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich
4	5-221	51	Operation an der Kieferhöhle
5	5-232	49	Zahnsanierung durch Füllung
6	5-903	47	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal
7	5-230	42	Zahntfernung
8	5-760	40	Operatives Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs des seitlichen Mittelgesichtes, insbesondere von Jochbein bzw. seitlicher Augenhöhlenwand
9	5-766	35	Operatives Einrichten (Reposition) eines Bruchs der Augenhöhle
10	5-231	34	Operative Zahntfernung durch Eröffnung des Kieferknochens

**B-13.8****Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Trifft nicht zu

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

Trifft nicht zu

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

Nicht vorhanden

## BELEGABTEILUNG MUND-, KIEFER-, GESICHTSCHIRURGIE

**B-13.11****Personelle Ausstattung****B-13.11.1****Ärzte und Ärztinnen**

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

**Fachexpertise der Abteilung**

Nr.	Facharztqualifikation
AQ40	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

**B-13.11.2****Pflegepersonal**

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

## B-14 Radiologie

### B-14.1

#### Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

#### Kontaktdaten

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

#### Haupt-/Belegabteilung

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

## RADIOLOGIE

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

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen
VR07	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
VR08	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
VR09	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
VR10	Computertomographie (CT), nativ
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren
VR15	Arteriographie
VR16	Phlebographie
VR17	Lymphographie
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
VR28	Intraoperative Anwendung der Verfahren
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern
VR41	Interventionelle Radiologie

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

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

RADIOLOGIE

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

Trifft nicht zu

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

Trifft nicht zu

**B-14.8**  
**Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Trifft nicht zu

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

Trifft nicht zu

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

Nicht vorhanden

## RADIOLOGIE

**B-14.11**  
**Personelle Ausstattung****B-14.11.1**  
**Ärzte und Ärztinnen**

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

**Fachexpertise der Abteilung**

Nr.	Facharztqualifikation
AQ54	Radiologie

**B-14.11.2**  
**Pflegepersonal**

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

**B-14.11.3**  
**Spezielles therapeutisches Personal**

Nr	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl
SP02	Arzthelfer und Arzthelferin	1 Vollkraft
SP43	Medizinisch-technischer Assistent und Medizinisch-technische Assistentin/Funktionspersonal	11 Vollkräfte

## B-15 Zentrallabor

### B-15.1

#### Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

#### Kontaktdaten

<b>Chefarzt / Chefärztin</b>	Dr. rer. nat. habil. Joachim Draffehn
<b>Straße und Nummer</b>	Saint Maur Platz 1
<b>PLZ und Ort</b>	31785 Hameln
<b>Telefon</b>	05151 97-2292
<b>Telefax</b>	05151 97-2127
<b>E-Mail</b>	joachim.draffehn@sana-hm.de
<b>Webadresse</b>	sana-hm.de

#### Haupt-/Belegabteilung

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

## ZENTRALLABOR

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

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

Trifft nicht zu

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

Trifft nicht zu

**B-15.8**  
**Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Trifft nicht zu

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

Trifft nicht zu

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

Nicht vorhanden

## ZENTRALLABOR

**B-15.11**  
**Personelle Ausstattung****B-15.11.1**  
**Ärzte und Ärztinnen**

Trifft nicht zu

**B-15.11.2**  
**Pflegepersonal**

Trifft nicht zu

**B-15.11.3**  
**Spezielles therapeutisches Personal**

<b>Nr</b>	<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Anzahl</b>
SP00	Dr. rer. nat.	1 Vollkraft
SP00	MTA/L	13 Vollkräfte
SP00	MTA/L für Hämatologie	1 Vollkraft



STRUKTURIERTER QUALITÄTSBERICHT  
TEIL C

## Qualitätssicherung

### C-1

Die Daten zur externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V werden bis zum 31.12. direkt an die Annahmestelle übermittelt.

### C-2

**Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V**

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

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

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP teil:

DMP
Brustkrebs
Koronare Herzkrankheit (KHK)

### C-4

**Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung**

Trifft nicht zu

## QUALITÄTSSICHERUNG

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

Leistungsbereich	Mindestmenge	Erbrachte Menge	Ausnahmetatbestand
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	10	3	MM03 / Personelle Neuausrichtung
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	15	MM05 / Kein Ausnahmetatbestand
Stammzellentransplantation	25	27	MM05 / Kein Ausnahmetatbestand
Knie-TEP	50	118	MM05 / Kein Ausnahmetatbestand
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht 1250g-1499g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 2	14	1	MM01 / Notfälle, keine planbaren Leistungen Ab 01.01.2011 keine Mindestmenge mehr

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

Trifft nicht zu

**C-7**  
**Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V**

	Anzahl
Anzahl Fachärzte, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen.	0
Anzahl der Fortbildungspflichtigen, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen. (Dies ist eine Teilmenge der Fortbildungspflichtigen.)	0
Anzahl der Nachweispflichtigen, die den Fortbildungsnachweis gemäß §3 der G-BA-Regelungen erbracht haben. (Dies ist eine Teilmenge der Nachweispflichtigen.)	0



STRUKTURIERTER QUALITÄTSBERICHT  
TEIL D

## Qualitätsmanagement

### D-1 Qualitätspolitik

#### Kontinuierliche Verbesserung für unsere Patienten

Die Qualitätspolitik setzt die Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Weiterentwicklung der Qualität. Darum ist bei uns die Festlegung und laufende Überprüfung der Qualitätspolitik als eine der zentralen Aufgaben der Krankenhausleitung definiert. Grundlage der Qualitätspolitik des Sana Klinikums Hameln- Pyrmont ist ein Leitbild, welches für den gesamten Sana Konzern eingeführt wurde.

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

Im einzelnen wurden die folgenden Punkte festgelegt:

- Der Patient steht im Mittelpunkt des Handelns aller Mitarbeiter.
- Die Mitarbeiter sind die wichtigste Schnittstelle zu den Patienten und sollen bei der Entwicklung von neuen Prozessen, Organisationsveränderungen und Qualitäts Verbesserungen konstruktiv einbezogen werden.
- Informationen über betriebliche Entwicklungen werden transparent zu Allgemeingut gemacht
- Wirtschaftlichkeit in der Leistungserbringung eröffnet die Möglichkeit, im vorgegebenen Budgetrahmen alle Angebote zur Patientenversorgung vorzuhalten und die methodische und technische Weiterentwicklung sicherzustellen.

Die Vermittlung und Weiterentwicklung der Qualitätspolitik liegt in der Verantwortung der Geschäftsführung und wird als unverzichtbarer Bestandteil der Aufgaben aller Führungskräfte der Kliniken verstanden. Die Dienstleistungen des Sana Klinikums Hameln-Pyrmont werden ständig an die neuesten Erkenntnisse angepasst, um die Qualität der Patientenversorgung nachhaltig und dauerhaft zu verbessern. Die Ergebnisse aus Patienten-, Einweiser- und Mitarbeiterbefragungen werden ausgewertet und in konkreten Maßnahmen umgesetzt. Als fester Bestandteil der Weiterentwicklung unserer Qualität gehört hierbei auch die Anpassung der baulichen und gerätemedizinischen Ausstattung.

## QUALITÄTSMANAGEMENT

Eine enge interdisziplinäre und professionelle Zusammenarbeit zwischen allen Berufsgruppen in den Kliniken, sowie mit den Zuweisern und Kooperationspartnern, gewährleistet eine optimale Versorgung unserer Patienten.

### **Patientenorientierung**

Der Patient steht im Mittelpunkt der Behandlung. Um dies zu erreichen, wird bereits im Vorfeld der stationären Versorgung eine an den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Angehörigen orientierte Organisation und Gestaltung vorgehalten. Vom ersten Kontakt des Patienten mit unserer Klinik bis schließlich zur Entlassung und Betreuung in weiterführenden Einrichtungen wurden Regelungen eingeführt, die eine gleichbleibend hohe medizinische und pflegerische Behandlung sicherstellen.

Zusätzlich zu den regelmäßig durchgeführten Patientenbefragungen wurde ein Meldesystem weiterentwickelt, mit dem uns Patienten ihre Kritik oder Wünsche mitteilen können. Die Ergebnisse werden systematisch ausgewertet und dienen der kontinuierlichen Verbesserung der Abläufe in unserer Klinik. Anregungen und Beschwerden werden ernst genommen und unser Handeln danach ausgerichtet.

### **Mitarbeiterorientierung**

Unser Ziel ist es, durch eine systematische Personalbedarfsplanung die Patientenversorgung rund um die Uhr sicherzustellen. Mitarbeiter sollen für ihre Aufgaben bestmöglich qualifiziert werden. Hierzu wurden für neue Mitarbeiter Regelungen für die Einarbeitung eingeführt.

Zusätzlich wird ein umfangreiches Fort- und Weiterbildungsprogramm angeboten. Die Aufgaben, Zuständigkeiten und Kompetenzen sind für einen Großteil der Arbeitsplätze in Stellenbeschreibungen festgelegt.

Im Dezember 2009 wurde eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt. Die Ergebnisse wurden ausgewertet und es wurden Maßnahmen festgelegt, die kurz-, mittel-, und langfristig umzusetzen sind. Als Ergebnis dieser Befragung wurde u. a. die Mitarbeiterzeitung „Intern“ eingeführt.

## QUALITÄTSMANAGEMENT

Durch ein innerbetriebliches Vorschlagswesen können Mitarbeiter zu jederzeit ihre Ideen und Verbesserungsvorschläge für die Kliniken vortragen. Jeder Vorschlag wird dann bewertet und ggf. umgesetzt. Zusätzlich sind verschiedene Qualitätszirkel und Projektgruppen eingerichtet, in denen Mitarbeiter ihre Ideen und Anregungen einbringen können.

### **Information und Transparenz**

Die Information von Patienten, Einweisern und Mitarbeitern ist ein zentraler Prozess zur Gewährleistung einer qualifizierten Versorgung. Patienten werden über Broschüren und Aushänge, Veröffentlichungen in der Tagespresse sowie persönlichen Gesprächen über neue Entwicklungen oder Fragen zum Tagesgeschehen in unserer Klinik informiert.

Mitarbeiter haben zusätzlich die Möglichkeit, sich über die Veröffentlichungen im Intranet sowie der regelmäßig erscheinenden Mitarbeiterzeitung „Intern“ zu informieren.

### **Wirtschaftlichkeit in der Leistungserbringung**

Die Verwendung moderner Verfahren zur Diagnostik, Therapie und Pflege gewährleisten unter Berücksichtigung der jeweiligen gesetzlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen eine hohe Behandlungsqualität. Der rationale Umgang mit finanziellen, personellen und ökologischen Ressourcen dient der langfristigen Zukunftssicherung der Einrichtung. Die jeweiligen Kennzahlen werden regelmäßig mit den internen Leistungserbringern erörtert und in das Zielvereinbarungssystem integriert.

Im gesamten Sana Konzern wurde ein strukturiertes Berichtswesen aufgebaut. Die strategische Planung wird kontinuierlich weiterentwickelt. So gibt es im Sana Konzern ein einheitliches Modell für Jahres- und 3-Jahresplanungen. Die medizinische Zielplanung umfasst die Identifikation relevanter Daten und Informationen ebenso, wie die Bewertung dieser Daten mit den Verantwortungsträgern und daraus abgeleitet ein Maßnahmenkatalog.

## QUALITÄTSMANAGEMENT

**D-2  
Qualitätsziele****Überprüfbares Handeln benötigt Ziele**

Zu einem geregelten Qualitätsmanagement gehören überprüfbare Ziele welche deutlich machen, dass die zu Grunde liegenden Aufgaben auch bis zu ihrem Endpunkt durchdacht und ergebnisorientiert konzipiert wurden. Die Umsetzung unserer Qualitätspolitik orientiert sich an unternehmensweiten strategischen sowie - als Konkretisierung auf Abteilungsebene - operativen Qualitätszielen.

**Patientenbezogene Ziele**

Im Mittelpunkt der Behandlung steht das Wohlergehen des Patienten, der nach den neuesten Erkenntnissen und Methoden betreut wird. Um der Individualität der Patienten gerecht zu werden, konzentrieren sich die Mitarbeiter des Sana Klinikums Hameln-Pyrmont auf die Erfassung der Bedürfnisse der Patienten und deren Angehörigen. Darüber hinaus ist die Einbeziehung des sozialen Umfeldes des Patienten ein wesentlicher Bestandteil der pflegerischen und ärztlichen Versorgung. Im Einzelnen wurden folgende patientenorientierte Ziele festgelegt:

- Orientierung der Aufbau- und Ablauforganisation an die Anforderungen der Patienten.
- Patienten, die unser Krankenhaus aufsuchen, werden als Mittelpunkt unseres Dienstleistungsangebotes betrachtet. Freundlichkeit, Würde, Respekt und gegenseitiges Vertrauen bestimmen dabei den Alltag und das zwischenmenschliche Handeln.
- Qualität soll nach außen sichtbar werden. Aus diesem Grund sollen eine Vielzahl von Informationen an die Öffentlichkeit weitergegeben werden.
- Optimierung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unter Anwendung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.
- Verständliche Information und Aufklärung von Patienten in alle pflegerischen und ärztlichen Belange.

## QUALITÄTSMANAGEMENT

### **Einweiserbezogene Ziele**

Für eine effektive Zusammenarbeit des Sana Klinikums Hameln-Pyrmont mit den Einweisern wurden folgende Ziele festgelegt:

- Einweiser sollen zeitnah nach einer Entlassung bzw. Untersuchung des Patienten über Diagnostik, Therapie und Verlauf informiert werden.
- Einweiser werden über Entwicklungen in unserem Krankenhaus informiert
- Einweisern wird die Möglichkeit gegeben, an hausinterne Fortbildungen teilzunehmen.

### **Mitarbeiterbezogene Ziele**

Die Umsetzung der nachfolgend genannten Qualitätsziele erfolgt durch die aktive Beteiligung der Mitarbeiter, die so zu selbständigen Handeln ermutigt werden. Durch Übertragung von Verantwortung und Kompetenz wird die Selbständigkeit und Eigeninitiative gefördert.

- Die Mitarbeiter sind die wichtigste Schnittstelle zu den Patienten und sollen bei der Entwicklung von neuen Prozessen, Organisationsveränderungen und Qualitätsverbesserungen konstruktiv einbezogen werden.
- Im Rahmen der Personalentwicklung sollen individuelle Fähigkeiten der Mitarbeiter gefördert werden.
- Kontinuierliche Fort- und Weiterbildung aller an der Patientenversorgung teilnehmenden Mitarbeiter, damit den Patienten und deren Angehörigen eine kontinuierliche und hochqualifizierte Therapie und Pflege geboten werden kann.

Die systematische Personalbedarfsplanung und dessen Einsatz, die systematische Einarbeitung von neuen Mitarbeitern sowie die Fort- und Weiterbildung wirken unterstützend bei der Umsetzung von Qualitätszielen.

## QUALITÄTSMANAGEMENT

### Spezielle Ziele des Pflegedienstes

Die strategische Zielsetzung des Pflegedienstes drückt sich im Pflegeleitbild aus. Zielsetzung unserer Pflege ist es, Menschen, die unser Krankenhaus aufsuchen, als Mittelpunkt unseres Dienstleistungsangebotes zu betrachten. Freundlichkeit, Würde, Respekt und gegenseitiges Vertrauen bestimmen dabei den Alltag des zwischenmenschlichen Handelns. Konkret bedeutet das in der Praxis für uns:

- Umsetzung professioneller Pflege unter Beachtung aktueller pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse durch zielgerichtetes Arbeiten nach den Regeln des Pflegeprozesses wie z.B. die Erhaltung und Wiederherstellung der Selbständigkeit.
- Realisierung einer patientenorientierten Pflege durch qualifizierte pflegerische Betreuung und aktives Einbeziehen sowie Mitsprache des Patienten und der Angehörigen bei der Pflege.
- Verständliche Information und Aufklärung des Patienten über pflegerische Belange.
- Arbeiten auf Grundlage von Standards
- Partnerschaftlich aufeinander abgestimmte Zusammenarbeit aller mit der Patientenbetreuung beauftragten Berufsgruppen. Jeder Einzelne soll über die für ihn notwendigen Informationen verfügen können, übergreifende Entscheidungen sollen gemeinsam getroffen werden.
- Konstruktive Auseinandersetzung mit notwendigen Veränderungen auf der Basis einer Weiterentwicklung eines professionellen pflegerischen Selbstverständnisses
- Verantwortlicher Umgang mit Ressourcen und Förderung der wirtschaftlichen Situation des Krankenhauses.
- Beachtung von Umweltschutzbelangen bei der täglichen Arbeit.

### Messung und Evaluation der Zielerreichung

Die Zufriedenheit der Patienten mit der medizinischen und pflegerischen Betreuung sowie der Serviceleistungen und der allgemeinen Organisation wird in Patientenbefragungen ermittelt. Zusätzlich finden Einweiser- und Mitarbeiterbefragungen statt. In geplanten internen Audits und bei den umfassenden Zertifizierungsverfahren einschließlich der Überwachungsaudits wird die Zielerreichung mit den Vorgaben abgeglichen. Können die festgelegten Ziele einmal nicht erreicht werden, werden konkrete Korrekturmaßnahmen festgelegt um den Zielerreichungsgrad zu verbessern.

## QUALITÄTSMANAGEMENT

### Kommunikation der Ziele

Die Ziele werden allen Leitungskräften in Organisationskonferenzen vermittelt, mit ihnen diskutiert und ggf. angepasst. Die abschließende Festlegung trifft für übergeordnete Ziele der Lenkungsausschuss. Den Mitarbeitern werden diese Ziele in Berufsgruppenkonferenzen und über das Intranet nahe gebracht. Die operative Umsetzung erfolgt im Kontext mit dem QM- Regelwerk. Patienten, Angehörige und regionale Interessengruppen werden über die Ziele informiert. Das geschieht durch Präsentationen im Krankenhaus oder bei Interessengruppen.

### D-3 Aufbau des einrichtungs- internen Qualitätsmanagements

#### Teamarbeit besonders im Qualitätsmanagement

Die Geschäftsführung des Sana Klinikums Hameln Pyrmont hat die Verantwortung und die Befugnisse zum Qualitätsmanagement in einer Geschäftsordnung festgelegt. Die in dieser Geschäftsordnung genannten Gremien und Personen stellen sicher, dass die für das Qualitätsmanagementsystem erforderlichen Prozesse eingeführt, verwirklicht und aufrechterhalten werden.

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

Für alle relevanten Leistungsbereiche des Sana Klinikums Hameln-Pyrmont gibt es zusätzlich Qualitätsbeauftragte. Die Qualitätsbeauftragten sind im Auftrag der jeweiligen Abteilungsleitung für die Umsetzung Qualitätsanforderungen in den Abteilungen zuständig. Die ausgebildeten Qualitätsbeauftragten koordinieren und moderieren auf breiter Basis die Qualitätsprojekte „vor Ort“. Somit ist ein hoher Grad an Realitätsnähe der Projekte gegeben und damit auch eine Umsetzung mit breiter Zustimmung der Mitarbeiter sichergestellt.

## QUALITÄTSMANAGEMENT

### **Der QM- Lenkungsausschuss**

Der Vorsitz im Lenkungsausschuss hat die Geschäftsführung. Zu den Aufgaben des Lenkungsausschusses gehören

- Lenkung und Koordination aller Tätigkeiten im Bereich des umfassenden Qualitätsmanagements
- Erarbeitung und Festlegung der Qualitätspolitik und der krankenhausesweit gültigen Qualitätsziele.
- Entgegennahme der Ergebnisse der Zielerreichung aus den Abteilungen und Bereichen des Sana Klinikums Hameln-Pyrmont und Entscheidung, ob die durch die Abteilungen und Bereiche eingeleiteten Maßnahmen ausreichend sind
- Entgegennahme von Vorschlägen für Qualitätsprojekte und Entscheidung, welche Projekte unter welchem Projektleiter bis wann eingeführt werden sollen.
- Genehmigung des Auditprogramms für die intern durchzuführenden Audits und
- Entgegennahme der wesentlichen Informationen aus den Audits

### **Der Qualitätsmanagementkoordinator**

Der Qualitätsmanagementkoordinator ist der Geschäftsführung als Stabsstelle unterstellt. Zu den Aufgaben des Qualitätsmanagementkoordinators gehören u. a.

- die Geschäftsführung über den aktuellen Stand der Qualitätsentwicklung zu informieren und auf Verbesserungspotentiale aufmerksam zu machen.
- Unterstützung der Abteilungs- und Bereichsleitungen bei der Identifikation von erforderlichen Regelungen und Überprüfung der eingeführten Verfahren und Standards.
- Identifikation von normativen und krankenhausespezifischen Anforderungen zur Erreichung der Qualitätsziele
- Erstellung von Projektplänen
- Koordination der Planung und Durchführung von internen Audits
- Weiterentwicklung der bestehenden Beschwerdemanagement- und Fehlermanagementsysteme

## QUALITÄTSMANAGEMENT

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

### **Qualitätsmanagementbeauftragte**

Bei fachlichen Problemstellungen, die sich auf wesentliche Teile einer Berufsgruppe beziehen, werden Qualitätsmanagementbeauftragte einbezogen. Diese

- koordinieren die Arbeit der ihnen zugeordneten Qualitätszirkel bzw. Projektteams in Abstimmung mit dem Qualitätsmanagementkoordinator
- unterstützen die jeweiligen Bereiche bei der Festlegung und Erstellung von Prozessbeschreibungen
- informieren den Qualitätsmanagementkoordinator bei Störungen im Rahmen der Umsetzung von QM- Aufgaben in den Bereichen.

### **Qualitätsbeauftragte**

Die Qualitätsbeauftragten unterstützen die jeweiligen Abteilungs- und Bereichsleitungen in Qualitätsfragen in ihrem zuständigen Bereich. Die Qualitätsbeauftragten bilden die Schnittstelle innerhalb der Bereiche der Klinik zu den Qualitätsmanagementbeauftragten und zum Qualitätsmanagementkoordinator. Zu den weiteren Aufgaben der Qualitätsbeauftragten gehören

- Information aller Mitarbeiter des Bereiches zu Themen des Qualitätsmanagements
- Überwachung und Realisierung der erforderlichen Zielmessungen innerhalb des Zuständigkeitsbereiches und Benachrichtigung des Qualitätsmanagementkoordinators über die Messergebnisse
- Wahrnehmung von Aufgaben, die ihnen im Rahmen von Qualitätsprojekten übertragen wurden.

## QUALITÄTSMANAGEMENT

### D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

#### Qualitätszirkel und Projektteams

Für besondere Aufgaben kann vom Lenkungsausschuss ein Qualitätszirkel bzw. ein Projektteam berufen werden.

Qualitätszirkel sind auf unbestimmte Zeit einberufene und in der Regel interdisziplinär besetzte Arbeitsgruppen. Projektteams werden eingesetzt, wenn eine Arbeitsgruppe ein klar definiertes Problem innerhalb eines festgelegten Zeitraumes zielorientiert zu lösen hat.

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

#### Lernende Organisation

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

#### Patientenbefragung

Alle zwei Jahre werden die Patienten in den Kliniken des Sana-Verbundes durch das Picker- Institut befragt. Die Befragungsergebnisse wurden fachabteilungsbezogen ausgewertet. Die Ergebnisse der Auswertungen wurden genutzt um konkrete Zielvorgaben in Zielvereinbarungsgesprächen festzulegen und die Zufriedenheit unserer Patienten weiter zu erhöhen. Darüber hinaus gibt es Patientenbefragungen zu speziellen Fragestellungen, die zusätzlich in einzelnen Fachabteilungen unseres Hauses erhoben werden.

#### Einweiserbefragungen:

Da dem zuweisenden Arzt eine Schlüsselrolle bei der Patientensteuerung zukommt, werden Einweiserbefragungen ebenfalls alle zwei Jahre durchgeführt. Die Zusammenhänge, weiterführenden Analysen und übergeordneten Erkenntnisse wurden letztmalig im September 2010 in einem Bericht zusammengestellt und auf Leitungs-

## QUALITÄTSMANAGEMENT

ebene hinsichtlich abzuleitender Verbesserungsmaßnahmen besprochen. Die Einweiserbefragung wurde einheitlich im gesamten Sana- Verbund durchgeführt und lieferte Vergleichsdaten aus anderen Kliniken und Fachabteilungen. Hierdurch besteht die Möglichkeit, die Zufriedenheit der Einweiser mit unserer Klinik mit der Zufriedenheit der Einweiser mit anderen Kliniken zu vergleichen.

### **Mitarbeiterbefragungen:**

Eine anonyme Mitarbeiterbefragung wurde zuletzt im Dezember 2009 durchgeführt. Die Ergebnisse der Befragung wurden evaluiert und flossen in Verbesserungsprojekte ein. Bei „Vor Ort“ Analysen werden regelhaft die Mitarbeiter nach Verbesserungspotentialen in ihrem Arbeitsumfeld befragt. Auch diese Analysen werden genutzt um Maßnahmen zur weiteren Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit einzuleiten.

### **Beschwerdemanagement:**

Beschwerden werden vom Sana Klinikum Hameln- Pyrmont als wichtige Quelle für die Identifikation von Wünschen und Meinungen verstanden die uns dabei helfen, unsere Dienstleistung noch besser auf die Bedürfnisse unserer Patienten und Angehörigen auszurichten.

Hierzu wurde im gesamten Sana Klinikum ein Verfahren eingeführt, welches die hierfür erforderlichen Prozessabläufe regelt. Eingehende Beschwerden werden zeitnah an eine für Beschwerden zuständige Mitarbeiterin weitergeleitet. Diese überwacht die Umsetzung der Beschwerdebearbeitung in den jeweiligen Fachabteilungen.

Es wird unmittelbar das Gespräch mit dem Beschwerdeführer gesucht. Bei schriftlich eingehenden Beschwerden erfolgt üblicherweise eine telefonische Bestätigung mit eventuellen Nachfragen. Ziel ist es, die Beschwerde innerhalb von drei Werktagen so zu bearbeiten, dass der Beschwerdeführer eine Reaktion auf seine Beschwerde erhält.

Die Beschwerden werden anonymisiert ausgewertet und in dem Lenkungsausschuss sowie ggf. weiteren Leitungsgremien vorgestellt. Die Ergebnisse dieser Auswertung dienen als Grundlage zur Verbesserung unserer Dienstleistungsqualität.

## QUALITÄTSMANAGEMENT

### **Interne Audits und Begehungen**

Zur Überprüfung der Dienstleistungsqualität und insbesondere auch des Status des eingerichteten Qualitätsmanagementsystem und seiner Wirksamkeit, finden im Sana Klinikum Hameln-Pyrmont interne Audits statt, die durch ausgebildete Auditoren durchgeführt werden. Die Koordination der internen Audits erfolgt durch den Qualitätsmanagementkoordinator. Neben der Überprüfung der Zweckmäßigkeit und Wirksamkeit des eingeführten Qualitätsmanagements sollen die Mitarbeiter durch die Audits angehalten werden, das entwickelte Regelsystem zu beachten, es zu leben und fortzuentwickeln.

Die Ergebnisse der internen Audits werden in Auditberichten zusammengefasst und zur Bearbeitung von Verbesserungspotentialen an die jeweiligen Bereiche weitergeleitet.

Zusätzlich zu den genannten Audits finden gemeinsame Begehungen zum Arbeitsschutz und der Hygiene statt.

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

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

## QUALITÄTSMANAGEMENT

### Analyse qualitätsrelevanter Daten

Von leitenden Mitarbeitern werden weitere qualitätsrelevante Daten erfasst und analysiert. Entsprechend der Ergebnisse dieser Datenanalyse werden Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet und deren Umsetzung überwacht. Qualitätsrelevante Daten die systematisch erfasst und analysiert werden sind z.B.

- Belegungsstatistiken (Patientenzahlen, Behandlungsfälle, Behandlungsarten etc.)
- Verweildauer
- Wartezeit in der Aufnahme
- finanzwirtschaftliche Daten
- Im Krankenhaus erworbene Infektionen
- Schadensfälle

### D-5 Qualitätsmanagement- Projekte

#### Qualitätsmanagementprojekte

Qualitätsprojekte werden durchgeführt, um im Sinne eines ständigen Verbesserungsprozesses die Effizienz und die Wirksamkeit der Patientenversorgung weiter zu verbessern. Bestehende Prozessabläufe werden daraufhin geprüft, ob sie den sich wandelnden internen und externen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen gerecht werden.

#### Projekt: Zentrales Belegungsmanagement und zentrale Patientenaufnahme

Für eine ressourcengerechte, zeitnahe und effiziente Versorgung unserer Patienten ist die Anpassung und Vernetzung von Leistungen der verschiedensten Bereiche unseres Hauses von großer Bedeutung. Hierbei hat die Einführung einer zentralen Patientenaufnahme und eines zentralen Belegungsmanagements einen besonders hohen Stellenwert.

Ziele des Projektes sind u. a. die Steigerung der Wirtschaftlichkeit durch Verweildauerverkürzungen und eine optimierte Bettenauslastung. Durch Verbesserung der Patientendurchlaufsteuerung soll die Patientenzufriedenheit bei der Aufnahme auf hohem administrativem und medizinischem Niveau gesteigert werden.

## QUALITÄTSMANAGEMENT

Das Projekt startete mit ersten Vorbesprechungen im Jahr 2009. Im ersten Halbjahr 2010 erfolgte eine Ist- Aufnahme der bestehenden Abläufe. Untersuchungs- und Wartezeiten wurden für einen festgelegten Zeitraum erfasst und ausgewertet. Die Ergebnisse dieser Auswertung bildeten die Grundlage für die nachfolgenden Prozessfestlegungen. Im zweiten Halbjahr 2010 wurde mit Fertigstellung von erforderlichen Baumaßnahmen die ersten organisatorischen Maßnahmen umgesetzt.

### **Projekt: Zukunft Pflege**

Wie bereits im Editorial beschrieben, waren die Struktur- und Prozessänderungen im Pflegedienst das herausragende Projekt mit weitreichenden Folgen für das gesamte Klinikum. Nicht zuletzt um auf neue Anforderungen im Gesundheitswesen optimal vorbereitet zu sein und um die Prozessabläufe besser gestalten zu können, wurde die Aufbauorganisation der Pflege umfassend geändert.

In einem Ausschreibungsverfahren wurden besonders qualifizierte Personen gesucht, die als Zentrumsleitung eine Schnittstelle von den pflegerischen Leitungen auf den Stationen zur Pflegedirektion bilden. Aufgabe dieser Zentrumsleitungen ist es, die Organisation und die Weiterentwicklung der Pflege im Sinne der Gesamtzielsetzung des Hauses sicherzustellen. Die Pflegedirektorin wird durch Beratung, Entscheidungsvorbereitung und Unterbreitung von Vorschlägen unterstützt werden. Der Verantwortungsbereich dieser Zentrumsleitungen umfasst z. B.:

- die Verantwortung für die Gewährleistung der pflegerischen Versorgung der Patienten im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen im jeweiligen Zentrum
- die Verantwortung für die patientengerechte Gestaltung der Arbeitsabläufe, Betriebsabläufe und Servicegestaltung
- die Verantwortung für die kontinuierliche Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung unter Berücksichtigung des Qualitätsmanagementsystems.

## QUALITÄTSMANAGEMENT

Im Sana Klinikum Hameln-Pyrmont wurden nachfolgende pflegerische Zentren gebildet, die jeweils mehrere Stationen, Bereiche oder Funktionsbereiche leitend betreuen:

- Zentrum für Aufnahme und Entlassung
- Zentrum für OP, Anästhesie und Intensivmedizin
- Zentrum für Operative Medizin
- Zentrum für Innere Medizin
- Zentrum für Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin
- Zentrum für Aus-, Fort-, und Weiterbildung.

Zusätzlich zur Einführung der Zentrumsleitungen wurden die Aufgaben der jeweiligen pflegerischen Leitungen auf den Stationen geändert. Die Stelle der Stationsleitungen wurde hierbei ersetzt durch die neu eingeführten Teamleitungen. Der Aufgabenschwerpunkt der Teamleitungen liegt in der Mitarbeiterführung und der Personalentwicklung.

### **Projekt: Primäre Pflege**

Im Sana Klinikum Hameln-Pyrmont wird im Rahmen eines Projektes das patientenorientierte Pflegeorganisationssystem der Primären Pflege eingeführt.

Jedem stationär aufgenommenen Patienten stellt sich eine namentlich benannte Primäre Pflegeperson auf der Station vor. Diese Pflegeperson plant gemeinsam mit dem Patienten und ggf. auch mit seinen Angehörigen die pflegerischen Maßnahmen. Sie übernimmt die Verantwortung für den Prozessablauf des Aufenthalts dieses Patienten bis hin zur Entlassung. Dafür steht sie in direkter Kommunikation mit dem Patienten, seinen Angehörigen sowie allen beteiligten Berufsgruppen. Sie sorgt für gezielten Informationsfluss und Koordination der Abläufe.

In der Abwesenheit der Primären Pflegeperson übernehmen Kollegen, sogenannte Vertretend Pflegende, die Betreuung des Patienten. Sie halten sich dabei an den Pflegeplan der Primär Pflegenden, von dem nur bei akuter Veränderung des Zustandes des Patienten abgewichen werden darf.

## QUALITÄTSMANAGEMENT

Durch dieses System ist eine Kontinuität im Informationsfluss sowie in der pflegerischen Versorgung gewährleistet. Der Patient und ggf. seine Angehörigen wissen was geplant ist und warum entsprechende Maßnahmen durchzuführen sind.

Der Projektstart erfolgte am 01.06.2010 auf drei ausgewählten Stationen. Perspektivisch wird dieses Organisationssystem im gesamten Klinikum eingesetzt werden.

### **Projekt: Ausbildungsstationen**

Im Sana Klinikum Hameln-Pyrmont wurde zum 01.06.2010 das Projekt Ausbildungsstationen gestartet. Ziel des Projektes ist es, die Ausbildungsqualität der Gesundheits- und Krankenpflege und der Hebammenausbildung, insbesondere durch die Optimierung des Lernens in der Praxis, zu steigern. Zu diesem Zweck wurde die Zahl der Ausbildungsbereiche auf bestimmte Stationen konzentriert. Die Vernetzung von Theorie und Praxis soll durch das sogenannte Bereichslehrersystem verbessert werden. Auf den Stationen werden die Auszubildenden von pädagogisch geschulten Mitarbeitern systematisch in ihrem individuellen Lernprozess gefördert und durch ein spezielles Ausbildungskonzept zur eigenverantwortlichen Aufgabenbewältigung befähigt.

Insgesamt wird die Ausbildungsqualität durch die Entwicklung einheitlicher Ausbildungsinstrumente mit dem Ziel gestützt, die Ausbildungsabläufe nachvollziehbar zu gestalten.

Langfristig soll durch die Anhebung der Ausbildungsqualität die Ausbildung des eigenen Nachwuchses verbessert werden.

Bundesweit ist nur ein vergleichbares Ausbildungskonzept veröffentlicht. Damit nimmt das Haus in Bezug auf die Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege eine Ausnahmeposition ein

## QUALITÄTSMANAGEMENT

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

**Geprüfte Qualität**

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

Das Sana Klinikum Hameln Pyrmont hat folgende Bereiche zertifiziert:

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

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

Erstzertifizierung: 14.05.2004

Rezertifizierung: 22.04.2010

Gültigkeitsdauer: 14.11.2013

Registernummer: FAB Z034

**Zertifikat der LGA InterCert für das Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001:2008**

Geltungsbereich: Frauenklinik, Brustzentrum, Plastische und Ästhetische Chirurgie - Handchirurgie, Zentrallabor

Erstzertifizierung: 04.11.2010

Gültig bis: 04.10.2013

Registernummer: FS 566944/10979D

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

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

## QUALITÄTSMANAGEMENT

Ausstellungsdatum 08.09.2009

Gültig bis 07.09.2011

Registriernummer: OZ 04-08

### **Managementbewertung**

Das Sana Klinikum Hameln-Pyrmont führt jährlich eine Managementbewertung entsprechend den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008 durch. Bei dieser Bewertung werden u.a. folgende Aspekte systematisch betrachtet:

- Konkret eingeleitete Maßnahmen zur Zielerreichung seit der letzten Bewertung
- Kennzahlen zur Hygiene
- Kennzahlen der externen Qualitätssicherung
- Kennzahlen zur Arbeitssicherheit
- Kennzahlen zur technischen Abteilung und Medizintechnik
- Prozesskennzahlen ausgewählter Kliniken
- Ergebnisse von internen und externen Audits
- Status der Bearbeitung von Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen
- Bearbeitungsstatus von Beschwerden und Fehlermeldungen
- Bearbeitungsstatus der aus Befragungen abgeleiteten Maßnahmen

Die Managementbewertungen werden von der Krankenhausleitung sowie von ausgewählten Klinikleitungen durchgeführt. Die Ergebnisse der Bewertung wird in einem Bericht zusammengefasst und bildet die Grundlage für Maßnahmen im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.

Impressum  
Gesundheitseinrichtungen Hameln-Pyrmont GmbH  
– Sana Klinikum Hameln-Pyrmont –  
Geschäftsführer  
Marco Kempka  
Dr. Ralf Paland

Saint-Maur-Platz 1  
31785 Hameln

Telefon 05151 97-0  
Telefax 05151 97-2126  
[www.sana-hm.de](http://www.sana-hm.de)

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

Sana Klinikum Hameln-Pyrmont

Saint-Maur-Platz 1 | 31785 Hameln  
Telefon 05151 97-0 | Telefax 05151 97-2126  
info@sana-hm.de | www.sana-hm.de