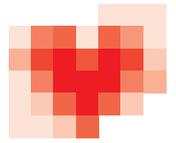


HGZ

HERZ- UND GEFÄSSZENTRUM BAD BEVENSEN  
AKADEMISCHES LEHRKRANKENHAUS  
DER MEDIZINISCHEN HOCHSCHULE HANNOVER



# HGZ – Ihr Zentrum für Herz- und Gefäßmedizin

Qualitätsbericht 2014



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

## Inhalt

3	Editorial	43	B-3 Gefäßzentrum – Klinik für Gefäßchirurgie
5	Das HGZ im Überblick		
7	Zusätzliche wichtige Qualitäts- und Leistungszahlen	50	B-4 Gefäßzentrum – Klinik für Angiologie
9	Kliniken und Leistungen des HGZ auf einen Blick	57	B-5 Gefäßzentrum – Klinik für Radiologie
11	A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	62	B-6 Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin
28	B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/ Fachabteilungen	67	C Qualitätssicherung
31	B-1 Klinik für Kardiologie	84	D Qualitätsmanagement
36	B-2 Klinik für Herz-Thorax-Chirurgie		

## Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

Medizin bedeutet Fortschritt. Im HGZ zeigt sich dieser in vielen Facetten.

So zeugt etwa die vertrauensvolle fachübergreifende Zusammenarbeit unserer Experten von unserem zeitgemäßen transdisziplinären Ansatz. Gemeinsam entwickeln wir uns stetig weiter, dies zeigen auch unsere Bauprojekte und unsere Investitionen in modernste medizinische Technologien. 2014 starteten die Bauarbeiten für unser drittes Herzkatheterlabor und unseren Hybrid-OP – ein Raum, der die Funktionen eines kardiologischen Herzkatheterlabors und eines herzchirurgischen Operationssaals vereint. Für unsere Patienten steht seit 2014 eine noch präzisere DSA-Anlage für Röntgenaufnahmen in 3D-Qualität bereit. Ein kompletter Bürotrakt wurde neu geschaffen.

Auch der Wohlfühlfaktor unserer Patienten genießt bei uns hohe Priorität. In der stilvollen Atmosphäre unserer neu geschaffenen Privatstation bieten wir nunmehr einen ganz besonderen Service. Zahlreiche Räumlichkeiten wie die Eingangshalle unserer Klinik für Rehabilitation, unsere Cafeteria, das Patientenrestaurant, Aufenthalts-, Besprechungs- und Vortragsräume sowie 100 Patientenzimmer haben wir modernisiert und neu ausgestattet.

In unserem Haus begleiten wir als eines von wenigen medizinischen Hochleistungszentren Deutschlands unsere Patienten durch sämtliche Phasen der Behandlung – von Präventionsangeboten über präzise Diagnostik und moderne Therapieverfahren bis hin zur vollständigen Rehabilitation bei Herz- und Gefäßerkrankungen. Die Basis unserer Zusammenarbeit ist der hohe Qualitätsanspruch jedes einzelnen Mitarbeiters. Dass wir uns mit dieser Qualität als Spitzenreiter bezeichnen dürfen, belegte auch 2014 unter anderem wieder das Magazin FOCUS. Erneut wurde einer unserer Spezialisten der Klinik für Herz-Thorax-Chirurgie unter die Top-Mediziner Deutschlands gewählt, unsere Kliniken für Herz-Thorax-Chirurgie und Kardiologie

zählen zu den Top-Kliniken Deutschlands. So ist das HGZ regional unter den 10 Top-Kliniken zu finden.

An unserem Qualitätsanspruch dürfen Sie uns regelmäßig messen. Der vorliegende Qualitätsbericht schafft hierfür transparente Informationen.

Wir wünschen Ihnen aufschlussreiche Einblicke in unsere Arbeit.



Dipl.-Kfm. Dirk Ludemann  
Vorstand



Prof. Dr. Gerhard Wimmer-Greinecker  
Ärztlicher Direktor



Dipl.-Kffr. Sabine Gerhardt  
Pflegedirektorin



## Das HGZ im Überblick

Das medizinische Hochleistungszentrum bietet integriert in einer Klinik die Versorgung herz- und gefäßkranker Menschen durch Diagnostik, kathetergestützte Interventionen, herz- und gefäßchirurgische Operationen sowie rehabilitative Medizin. Ein transdisziplinärer Austausch im Sinne des Patienten wird durch eine enge Abstimmung der Spezialisten unterschiedlicher Fachrichtungen verwirklicht. Als akademisches Lehrkrankenhaus steht das HGZ zudem in regem Austausch mit nationalen und internationalen Medizinern und Forschern. Herz- und gefäßchirurgische Eingriffe werden mit modernsten katheterinterventionellen und Operationsverfahren durchgeführt. Direkt im Anschluss an die Akutphase werden die Patienten ohne einen belastenden Transfer in der Klinik für angiologische und kardiologische Rehabilitation des HGZ weiter betreut. Das Ergebnis ist ein abgestimmter effizienter Behandlungsverlauf auf höchstem Niveau.

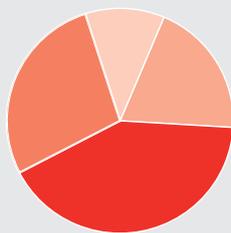
Neben der Qualität der medizinischen Versorgung trägt auch das Umfeld viel zum positiven Verlauf des Klinikaufenthaltes bei. Patienten schätzen an Bad Bevensen die Ruhe, die die Konzentration auf das Wesentliche ermöglicht: den Genesungsweg zurück in ein aktives, selbstbestimmtes Leben. Das HGZ liegt umgeben von viel Natur in der Lüneburger Heide. Der Elbe-Seitenkanal und die Ilmenau durchfließen die malerische Landschaft. Dank der zentralen Lage ist Bad Bevensen – zwischen Hamburg und Hannover sowie nahe der Hansestadt Lüneburg gelegen – mit der Bahn oder dem Auto sehr gut zu erreichen.

Gegründet wurde das HGZ 1976 in privater Trägerschaft als Familienunternehmen. Trotz des Wandels in ein medizinisches Hochleistungszentrum hat dies den Stil der Klinik bis heute geprägt – als freundliches Haus mit familiärer Atmosphäre. Seit Januar 2013 wird das HGZ, gemeinsam mit der ebenfalls in Bad Bevensen ansässigen DianaKlinik, von der DIANA Kliniken AG als Mehrheitsgesellschafterin geführt. Beide Unternehmen und der Standort Bad Bevensen wurden hierdurch gestärkt. Der Zusammenschluss ist ein wichtiger Beitrag für die medizinische Versorgung im regionalen Raum und für den weiteren Ausbau der qualitativ hochwertigen Patientenversorgung beider Kliniken.



## Zusätzliche wichtige Qualitäts- und Leistungszahlen

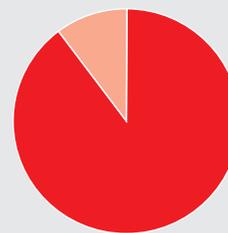
### Operationen am Herzen



2014 führte das HGZ insgesamt 1.252 Operationen am offenen Herzen durch. Diese beinhalten alle Operationen am Herzen mit Einsatz der Herz-Lungen-Maschine (HLM) als auch die Eingriffe ohne deren Einsatz, sogenannte OPCABs (off pump coronary artery bypass).

- Bypasseingriffe inkl. OPCAB 41 %
- Kombinationseingriffe 28 %
- Herzklappenoperationen 20 %
- Sonstige Operationen 11 %

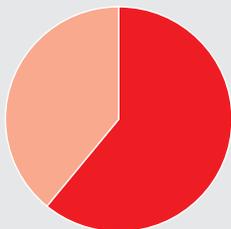
### Off-Pump Anteil in der Koronarchirurgie



2014 wurde in 10% der Bypassoperationen das so genannte „off pump-Verfahren“ angewandt, d. h. Patienten wurden ohne Einsatz der Herz-Lungen-Maschine (HLM) operiert. Diese Vorgehensweise ist insbesondere für Risikopatienten relevant, die beispielsweise unter einer pAVK, einer kompensierten Niereninsuffizienz oder einer eingeschränkten Lungenfunktion leiden.

- mit HLM 90 %
- ohne HLM 10 %

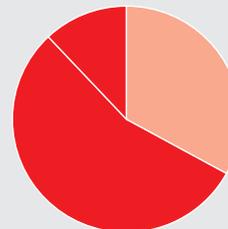
### Isolierte und kombinierte Eingriffe an Patienten mit einer koronaren Mehrgefäßerkrankung



61% aller Bypassoperationen wurden an Patienten, die jünger als 75 Jahre alt waren, durchgeführt. Diese Patienten wurden mit mindestens zwei arteriellen Grafts versorgt, die im weiteren Verlauf eine längere Funktionalität aufweisen als venöse Grafts.

- Patienten (jünger als 75 Jahre) mit mindestens zwei arteriellen Grafts 61 %
- Patienten (älter als 75 Jahre) 39 %

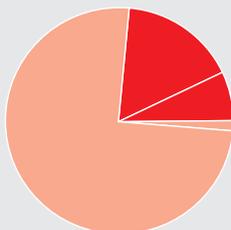
### Isolierte Eingriffe an der Aortenklappe



2014 wurden 68% aller isolierten Aortenklappeneingriffe in minimal-invasiver Technik durchgeführt. 12% davon waren katheterbasierte Eingriffe. Dies bedeutet für die Patienten eine Verkürzung der postoperativen Rekonvaleszenzphase für eine schnellere Rückkehr in den Alltag.

- minimal-invasiv 68 % (davon 12% transapikale Implantationen)
- konv. Sternotomie 32 %

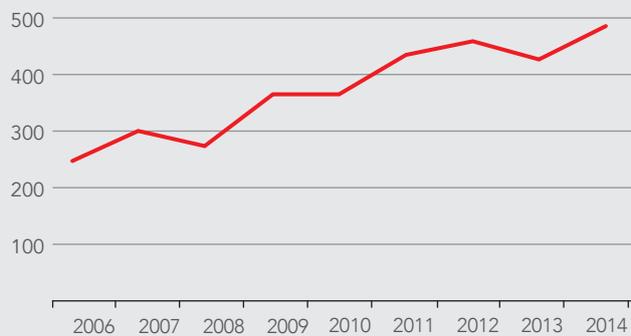
### Ersatz und Rekonstruktion von Mitralklappen



Der Anteil der Rekonstruktionen von Mitralklappen in 2014 belief sich auf 77%. Eine Antikoagulation ist in diesen Fällen nicht notwendig, was für die so behandelten Patienten im weiteren Verlauf neben dem Erhalt der Klappe die Komplikationsrate verringert und die Lebensqualität verbessert.

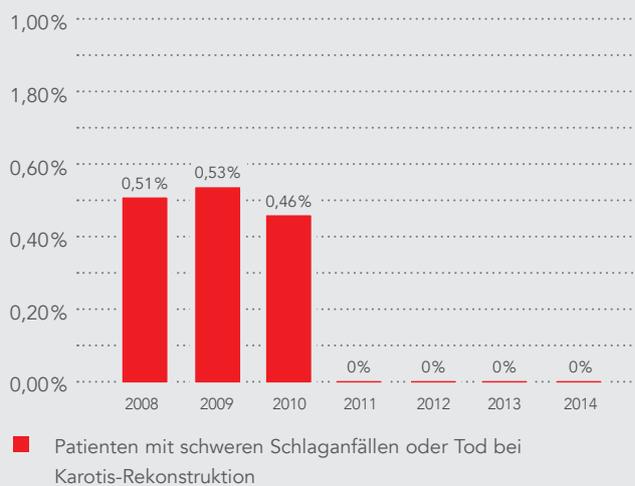
- Mitralklappen-Rekonstruktion 77% (davon: Isoliert 2%, Kombiniert 75 %)
- Mitralklappen-Ersatz 23 % (davon: Isoliert: 16%, Kombiniert 7 %)

Entwicklung der (Haupt- und definierten) Herzinsuffizienzdiagnosen (HGZ 2006-2014)



Die Zahl der Patienten im HGZ mit der Diagnose Herzinsuffizienz ist im Vergleich zum Vorjahr leicht gestiegen.

Schwere Schlaganfälle oder Tod bei Karotis-Rekonstruktion in der Klinik für Gefäßchirurgie



Wie auch im Vorjahr sind in der Klinik für Gefäßchirurgie bei Patienten nach einer Karotis-Rekonstruktion keine schweren Schlaganfälle oder Todesfälle aufgetreten.

## Kliniken und Leistungen des HGZ auf einen Blick

### ► Klinik für Kardiologie

Chefarzt Prof. Dr. med. Bjoern Andrew Remppis

- » Rechts-/Links-Herzkatheteruntersuchungen
- » Transthorakale und transösophageale Echokardiographie (TTE/TEE)
- » Herzmuskel-Biopsien
- » Ballon-Dilatationen und Stent-Implantationen (Aufweitung von Gefäßverengungen und Einsatz von Gefäßprothesen)
- » Transkutaner Aortenklappenersatz
- » Elektrophysiologische Untersuchungen bei Herzrhythmusstörungen
- » Katheter-Ablationen zur Therapie von Herzrhythmusstörungen (Unterbrechung von elektrisch leitenden Bereichen im Herzen)
- » Implantationen und Überprüfung von Herzschrittmachern und Defibrillatoren, CRT und CCM-Systemen
- » Bauchfelldialyse bei schwerer Herzinsuffizienz

### ► Klinik für Herz-Thorax-Chirurgie

Chefarzt Prof. Dr. med. univ. Gerhard Wimmer-Greinecker,  
Ärztlicher Direktor

- » Therapie der koronaren Herzkrankheit/Bypass-Operationen (total arterielle Gefäßversorgung)
- » Herzklappen-Rekonstruktionen und Herzklappenersatz bei Herzklappenerkrankungen
- » Katheter-basierte Herzklappenimplantationen
- » Chirurgische Therapie des Vorhofflimmerns
- » Chirurgische Therapie der Herzinsuffizienz (Ventrikel-Remodelling)
- » Operationen an der herznahen Hauptschlagader und des Aortenbogens
- » Therapie angeborener Herzfehler im Erwachsenenalter
- » Minimal-invasive Herzchirurgie: Bypass-Operationen ohne Herz-Lungen-Maschine, Operationen über kleine Schnitte (Schlüssellochchirurgie)
- » Sogenannte Hybrid-Verfahren (Eingriffe, bei denen sowohl chirurgische als auch katheter-interventionelle Techniken zum Einsatz kommen)
- » Das komplette Spektrum der Schrittmacherchirurgie incl. Laser-Extraktionen

### » Thoraxchirurgie

- » Forschungsprojekte im Bereich innovativer minimal-invasiver Operationsverfahren (Koronarchirurgie, Klappenchirurgie, Rhythmuschirurgie, minimal-invasive Herz-Lungen-Maschine)

### ► Klinik für Angiologie

Chefarzt PD Dr. med. Hans Krankenberg

- » Diagnostik, konservative und interventionelle Therapie der arteriellen Verschlusskrankheiten, z. B. „Schau-fensterkrankheit“, Raucherbein
- » Diagnostik, konservative und invasive Therapie venöser Thromboembolien
- » Diagnostik, interventionelle und konservative Therapie der Varikosis (Krampfaderleiden)
- » Diagnostik und konservative Therapie der chronisch venösen Insuffizienz
- » Diagnostik und Therapie von Lymphgefäßkrankheiten
- » Konservative Therapie von Problemwunden an den Extremitäten, insbesondere auch bei diabetischem Fußsyndrom
- » Diagnostik und Therapie von Entzündungen der großen Arterien (Vaskulitiden)

### ► Klinik für Gefäßchirurgie

Chefarzt Dr. med. Thomas Nolte  
Direktor des Gefäßzentrums

- » Operationen an der Halsschlagader („Carotis“)
- » offene und endovaskuläre Eingriffe (TEVAR, EVAR) an der Aorta im Brust- und Bauchraum einschließlich komplexer Hybrideingriffe (Debranching-Operationen) und Eingriffe mit maschineller Kreislaufunterstützung
- » offene und endovaskuläre Chirurgie bei arterieller Verschlusskrankheit der Beine einschließlich minimal-invasiver Behandlungsverfahren
- » Operationen an den Darm- und Nierenarterien bei Gefäßerkrankung
- » Rekonstruktion der Schulter- und Armgefäße
- » Shuntchirurgie bei Nierenversagen einschließlich Implantation von Peritonealdialysekathetern

- » Venenchirurgie bei komplexen Erkrankungen im Bereich der großen Hohlvenen (Thrombose, Fremdkörper, Tumorerkrankungen) und Varizenbehandlung
- » Wundzentrum mit zertifizierten Wundmanagern zur Behandlung von chronischen Wunden und komplizierten Defekten der Haut mit Wundsprechstunde (Ermächtigungsambulanz auf Zuweisung)
- » Behandlung des diabetischen Fußsyndroms

#### ► Klinik für Radiologie

Chefarzt Dr. med. Wulf Euringer

- » Computertomographie
- » Durchführung aller konventionellen Röntgenverfahren
- » Phlebographien (Röntgendarstellung der Venen)
- » Herzuntersuchungen mit Mehrschicht-Computertomograph (MS-CT)
- » Angiographien (Röntgendarstellungen) aller Gefäßregionen
- » Ballondilatation, lokale Lyse, Sympathicolyse (Verfahren zur Behandlung bei Gefäßverschlüssen)
- » Stentimplantationen (Einbringen von Gefäßprothesen)
- » Embolisierungen (Verschluss von krankhaft veränderten Blutgefäßen)
- » Lasertherapie von Gefäßverschlüssen

#### ► Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

Chefarzt Dr. med. Aiman Alken,  
stellvertretender Ärztlicher Direktor

- » Allgemeinanästhesie zur Ausschaltung des Bewusstseins
- » Regionalanästhesien (Spinalanästhesie, Periduralanästhesie, Vertikal infraklavikuläre Blockade, Axilläre Blockade, Ischiadikus-Blockade, Fußblock)
- » Schmerztherapie
- » Monitoring aller wichtigen Vitalfunktionen (OP und Intensivstation)
- » Intensivbehandlung
- » Zentrallabor
- » Betreuung des Blutdepots
- » Möglichkeit zur Eigenblutspende
- » Transportbegleitung von Intensivpatienten
- » Notfallbereitschaft

#### ► Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation

Chefarzt Dr. med. Christian Baumbach  
Chefarzt PD Dr. med. Hans Krankenber

Indikationen für die  
kardiologische Rehabilitation

- » Erkrankung der Herzkranzgefäße nach Herzinfarkt
- » Herz-Bypassoperation und alle anderen herzchirurgischen Eingriffe im Erwachsenenalter
- » Implantation von Defibrillatorsystemen mit oder ohne linksventrikulärer Stimulation
- » Herztransplantation
- » Implantation eines linksventrikulären Unterstützungssystems
- » Zustand nach Akutbehandlung einer Herzschwäche bei Kardiomyopathie oder Myokarditis

Indikationen für die  
angiologische Rehabilitation

- » Periphere arterielle Verschlusskrankheit und eingeschränkte Gehfähigkeit
- » Diabetisches Fußsyndrom
- » Gliedmaßenamputation wegen peripherer arterieller Durchblutungsstörungen
- » Arteriosklerose oder Vaskulitis
- » Venöse Thromboembolien, postthrombotische Syndrome
- » Lymphgefäßkrankheiten
- » Operation der Aorta
  
- » Antikoagulationsschulung, Erlernen des Selbstmanagements in drei ambulanten Terminen

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



## A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person:

Name	Diplom-Kaufmann Dirk Ludemann
Position	Vorstand
Telefon	05821 82-1484
Telefax	05821 82-1666
E-Mail	d.ludemann@hgz-bb.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person:

Name	Diplom-Kaufmann Dirk Ludemann
Position	Vorstand
Telefon	05821 82-1484
Telefax	05821 82-1666
E-Mail	d.ludemann@hgz-bb.de

Homepage

URL	<a href="http://www.hgz-bb.de">http://www.hgz-bb.de</a>
-----	---

A-1  
A-1.1  
Kontaktdaten

Name	Herz-Kreislauf-Klinik Bevensen AG
Zusatzbezeichnung	Herz- und Gefäßzentrum Bad Bevensen
Straße und Nummer	Römstedter Straße 25
PLZ und Ort	29549 Bad Bevensen
Postfach	1459
PLZ und Ort	29549 Bad Bevensen
Telefon	05821 82-0
Telefax	05821 82-1666
E-Mail	info@hgz-bb.de
Webadresse	www.hgz-bb.de

A-1.2  
Institutionskennzeichen des Krankenhauses

260330646

A-1.3  
Standort(nummer)

00

A-1.4  
Ärztliche Leitung

Titel	Prof. Dr. med. univ.
Vorname	Gerhard
Name	Wimmer-Greinecker
Position	Chefarzt der Klinik für Herz-Thorax-Chirurgie
Telefon	05821 82-1702
Telefax	05821 82-1777
E-Mail	g.wimmer-greinecker@hgz-bb.de

A-1.5  
Pflegedienstleitung

Titel	Diplom-Kauffrau
Vorname	Sabine
Name	Gerhardt
Position	Pflegedirektorin
Telefon	05821 82-1707
Telefax	05821 82-1709
E-Mail	s.gerhardt@hgz-bb.de

A-1.6  
Verwaltungsleitung

Titel	Diplom-Kaufmann
Vorname	Dirk
Name	Ludemann
Position	Vorstand
Telefon	05821 82-1484
Telefax	05821 82-1666
E-Mail	d.ludemann@hgz-bb.de

A-II  
Standort(e)

Art des Berichts	Einrichtung mit einem Standort
------------------	--------------------------------

A-2

Name und Art des Krankenhausträgers

Name	Herz-Kreislauf-Klinik Bevensen AG
Art	privat

A-3

Akademisches Lehrkrankenhaus

Akademisches Lehrkrankenhaus	Ja
der Universität	Medizinische Hochschule Hannover

A-4

Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Nein

A-5

Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP53	Aromapflege/-therapie
MP04	Atemgymnastik/-therapie
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik
MP14	Diät- und Ernährungsberatung
MP69	Eigenblutspende

› A-5  
Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP15	Entlassungsmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
MP21	Kinästhetik
MP24	Manuelle Lymphdrainage
MP25	Massage
MP26	Medizinische Fußpflege
MP28	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
MP37	Schmerztherapie/-management
MP63	Sozialdienst
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie
MP51	Wundmanagement
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen DEFI-Selbsthilfegruppe
MP68	Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege

A-6

Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot
NM67	Andachtsraum
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität) Besondere Ernährungsgewohnheiten: vegetarische/vegane Kost. Ggf. individuelle Sonderkost
NM02	Ein-Bett-Zimmer
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
NM40	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
NM14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer Kosten pro Tag: 0,00 EUR
NM01	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum
NM65	Hotelleistungen
NM49	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
NM15	Internetanschluss am Bett/im Zimmer Kosten pro Tag: 1,00 EUR
NM30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen Kosten pro Stunde: 0,00 EUR Kosten pro Tag: 0,00 EUR
NM17	Rundfunkempfang am Bett Kosten pro Tag: 0,00 EUR
NM36	Schwimmbad/Bewegungsbad
NM42	Seelsorge
NM18	Telefon am Bett Kosten pro Tag: 1,50 EUR ins deutsche Festnetz Kosten pro Minute: 0,15 EUR ins deutsche Festnetz Eingehende Anrufe: 0,00 EUR
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
NM10	Zwei-Bett-Zimmer
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle

A-7  
Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
BF11	Besondere personelle Unterstützung
BF24	Diätetische Angebote
BF17	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
BF04	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.

A-8

A-8.1

Forschung und akademische Lehre des Krankenhauses

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
FL09	Doktorandenbetreuung Drei Beauftragungen
FL01	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
FL05	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien

A-8.2

Ausbildung in anderen Heilberufen

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

A-9

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

150

A-10  
Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

Vollstationäre Fallzahl	6.993
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	2.378

A-11  
A-11.1  
Personal des Krankenhauses: Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	77,8	Vollkräfte
Davon Fachärzte und Fachärztinnen	38,1	Vollkräfte
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0	Personen
Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	0	Vollkräfte

A-11.2  
Pflegepersonal

	Anzahl		Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	197	Vollkräfte	3 Jahre
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	4,6	Vollkräfte	3 Jahre
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	1	Vollkraft	3 Jahre

› A-11.2  
Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	22,4 Vollkräfte	2 Jahre
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	1,2 Vollkräfte	3 Jahre

A-11.3  
Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl
SP04	Diätassistent und Diätassistentin Steht der Akutklinik aus der angegliederten Rehabilitationsklinik in besonderen Fällen zur Verfügung	2,6 Vollkräfte
SP23	Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin Steht der Akutklinik aus der angegliederten Rehabilitationsklinik in besonderen Fällen zur Verfügung	2,7 Vollkräfte
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin Steht der Akut-Klinik aus der angegliederten Rehabilitationsklinik in besonderen Fällen zur Verfügung	0,8 Vollkräfte
SP55	Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)	10,5 Vollkräfte
SP56	Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA)	6,9 Vollkräfte
SP28	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	2 Vollkräfte
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin Steht der Akutklinik aus der angegliederten Rehabilitationsklinik in besonderen Fällen zur Verfügung	16,2 Vollkräfte
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin Steht der Akutklinik aus der angegliederten Rehabilitationsklinik in besonderen Fällen zur Verfügung	2 Vollkräfte

## A-12

### Verantwortliche Personen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Name	Funktion	Telefon	Telefax	E-Mail
Diplom-Pflegewirtin Anette Alberternst	Qualitätsmanage- mentbeauftragte	05821 82-3708	05821 82-1666	a.alberternst@hgz-bb.de

#### A-12.1.2

##### Lenkungsgremium

Ein interdisziplinäres Qualitätskernteam bestehend aus acht Mitarbeitern des HGZ ist etabliert.

##### Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche

Ärzte der Kliniken für Kardiologie, Herz-Thorax-Chirurgie, Gefäßchirurgie und kardiologische Rehabilitation; Hygiene; Pflegedirektion; Qualitätsmanagement

##### Tagungsfrequenz des Gremiums

quartalsweise

#### A-12.2.1

##### Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement

entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

#### A-12.2.2

##### Lenkungsgremium für das klinische Risikomanagement

Ein interdisziplinäres Lenkungsgremium für das klinische Risikomanagement befindet sich im Aufbau.

A-12

A-12.2.3

Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument / Maßnahme
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor Siehe Qualitätsmanagementhandbuch nach DIN EN ISO 9001:2008 und dazugehörige QM-Dokumente
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
RM03	Mitarbeiterbefragungen
RM04	Klinisches Notfallmanagement
RM05	Schmerzmanagement
RM06	Sturzprophylaxe
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen werden in allen Kliniken des HGZ durchgeführt
RM11	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung

A-12.2.3.1

Einsatz eines einrichtungswinterne Fehlermeldesystems

Befindet sich in Planung

### A-12.2.3.2

Teilnahme an einrichtungsinternem Fehlermeldesystem

Befindet sich in Planung

### A-12.3.1

Personal des Krankenhauses: Hygienepersonal

	Anzahl
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1 Person In Zusammenarbeit mit dem niedersächsischen Landesgesundheitsamt
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	5 Personen
Fachgesundheits- und Krankenpfleger und Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. Fachkindergesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen für Hygiene und Infektionsprävention – „Hygienefachkräfte“ (HFK)	1 Person
Hygienebeauftragte in der Pflege	8 Personen

Hygienekommission

Eine Hygienekommission wurde eingerichtet	Ja		
Vorsitzende/r	Dr. med. Aiman Alken Chefarzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin	Telefon: 05821 82-1621 Telefax: 05821 82-1629	a.alken@hgz-bb.de

A-12

A-12.3.2

Weitere Informationen zur Hygiene

Nr.	Hygienebezogene Maßnahme
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen HAND-KISS, ITS-KISS
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH) Teilnahme (ohne Zertifikat)
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten
HM06	Regelmäßig tagende Hygienekommission (monatlich)
HM07	Risikoadaptiertes MRSA Aufnahmescreening
HM08	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten
HM09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen

A-12.4

Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement	Ja/Nein
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja Es liegt eine standardisierte Vorgehensweise zur Bearbeitung von schriftlichen Beschwerden vor.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja Mündliche Beschwerden werden werktags innerhalb von 24 Stunden bearbeitet. >

› A-12.4  
Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement	Ja/Nein
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja Eine schriftliche Antwort an den Beschwerdeführer erfolgt innerhalb von drei Werktagen. Sollte die Recherche für die Beantwortung eine längere Zeit in Anspruch nehmen, erhalten die Beschwerdeführer innerhalb dieses Zeitraums eine Eingangsbestätigung. Eine ausführliche Antwort erfolgt spätestens 14 Tage nach Eingang des Schreibens.
Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	Ja Alle Eingänge im Beschwerdemanagement werden von der Qualitätsmanagementbeauftragten bearbeitet.
URL zum Bericht	<a href="http://www.hgz-bb.de/service/unternehmen/qualitaetsbericht.html">http://www.hgz-bb.de/service/unternehmen/qualitaetsbericht.html</a>
Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt:	Die Etablierung dieser Position ist in Planung.
Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren	Ja Link zu Kontaktformular: <a href="http://www.hgz-bb.de/service/unternehmen/qualitaetsmanagement/lob-kritik.html">http://www.hgz-bb.de/service/unternehmen/qualitaetsmanagement/lob-kritik.html</a>
Patientenbefragungen	Ja
Einweiserbefragungen	Ja

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Name	Funktion	Telefon	Telefax	E-Mail
Diplom-Pflegewirtin Anette Alberternst	Qualitätsmanagementbeauftragte	05821 82-3708	05821 82-1666	a.alberternst@hgz-bb.de

A-13

Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h-Notfallverfügbarkeit
AA01	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	✓
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	✓
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	✓
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinst elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	✓
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie/-unterstützung		✓
AA18	Hochfrequenzthermotherapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	
AA00	Gerät zur intraaortalen Ballonpulsation	Gerät zur kontinuierlichen Unterstützung der Herzarbeit	✓
AA00	Transportable Herz-Lungen-Maschine	Gerät zur Unterstützung des Kreislaufs bei massiver Herzschwäche	✓

## Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen





Prof. Dr. med. Bjoern Andrew Remppis  
Chefarzt der Klinik für Kardiologie

## B-1 Klinik für Kardiologie

### B-1.1

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Name Fachabteilung/Zentrum	Klinik für Kardiologie
FA-Schlüssel § 301 SGB V	0300 – Kardiologie

Kontaktdaten

Chefarzt/Chefärztin	Prof. Dr. med. Bjoern Andrew Remppis
Straße und Nummer	Römstedter Straße 25
PLZ und Ort	29549 Bad Bevensen
Telefon	05821 82-1703
Telefax	08521 82-1777
E-Mail	ba.rempis@hgz-bb.de
Webadresse	www.hgz-bb.de

Haupt-/Belegabteilung

Art der Abteilung	Hauptabteilung
-------------------	----------------

### B-1.2

Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V	Ja
---	----

## ■ Klinik für Kardiologie

### B-1.3

#### Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote
VI00	Diagnostik und Therapie der Herzinsuffizienz
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
VI34	Elektrophysiologie
VI20	Intensivmedizin
VI39	Physikalische Therapie
VI40	Schmerztherapie
VH23	Spezialsprechstunde

### B-1.5

#### Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	3.730
Teilstationäre Fallzahl	0

## ■ Klinik für Kardiologie

### B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10 Ziffer*	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I20	735	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust – Angina pectoris
2	I48	686	Vorhofflimmern und Vorhofflattern
3	I50	384	Herzschwäche
4	I21	214	Akuter Herzinfarkt
5	I10	185	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache
6	I47	166	Anfallsweise auftretendes Herzrasen
7	Z03	163	Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen
8	I25	135	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens
9	Z45	135	Anpassung und Handhabung eines in den Körper eingepflanzten medizinischen Gerätes
10	I49	124	Sonstige Herzrhythmusstörung

\*Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

## ■ Klinik für Kardiologie

### B-1.7

#### Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301 Ziffer	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-275	1.929	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)
2	3-052	1.768	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus – TEE
3	8-930	1.464	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
4	8-837	1.119	Behandlung am Herzen bzw. den Herzkranzgefäßen mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße
5	3-030	784	Umfassende Ultraschalluntersuchung mit Kontrastmittel zur Abklärung und zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen
6	3-993	667	Messung von Organfunktionen, Flussparametern, Volumenfluss oder Widerstandsparametern
7	8-83b	626	Zusatzinformationen zu Materialien
8	8-933	466	Funkgesteuerte kardiologische EKG-Überwachung
9	1-273	455	Untersuchung der rechten Herzhälfte mit einem durch die Vene ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)
10	8-640	450	Externe elektrische Schockbehandlung (Defibrillation, Kardioversion) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen, Kammerflimmern und Kammerflattern.

## ■ Klinik für Kardiologie

### B-1.8

#### 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 Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Vor- und nachstationäre Behandlung	VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
	Überwachung, Kontrolle und Betreuung von Schrittmacher- und Defi-Patienten			
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Behandlung		Untersuchung und Beratung vor stationären Behandlungen und Betreuung und Beratung nach stationären Behandlungen
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Herzinsuffizienzambulanz	VO15	Nachbetreuung von komplexen Krankheitsbildern bei Herzinsuffizienz

## ■ Klinik für Kardiologie

### B-1.9

Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301 Ziffer	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-275	43	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)

### B-1.10

Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

### B-1.11

Personelle Ausstattung

#### B-1.11.1

Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl		Fälle je Vollkraft
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	21,7	Vollkräfte	171,7
davon Fachärzte und Fachärztinnen	8,8	Vollkräfte	423,9
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0	Personen	

## ■ Klinik für Kardiologie

### B-1.11.1

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztqualifikationen
AQ23	Innere Medizin
AQ28	Innere Medizin und SP Kardiologie

### B-1.11.2

Pflegepersonal

	Anzahl	Fälle je Vollkraft	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	57,5 Vollkräfte	64,9	3 Jahre
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	9,6 Vollkräfte	388,9	2 Jahre
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	0,9 Vollkraft	4098,9	3 Jahre

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

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

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP12	Praxisanleitung



Prof. Dr. med. univ. Gerhard Wimmer-Greinecker  
Chefarzt der Klinik für Herz-Thorax-Chirurgie

## B-2 Klinik für Herz-Thorax-Chirurgie

### B-2.1

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Name Fachabteilung/Zentrum	Klinik für Herz-Thorax-Chirurgie
FA-Schlüssel § 301 SGB V	2100 – Herzchirurgie

Kontaktdaten

Chefarzt/Chefärztin	Prof. Dr. med. univ. Gerhard Wimmer-Greinecker
Straße und Nummer	Römstedter Straße 25
PLZ und Ort	29549 Bad Bevensen
Telefon	05821 82-1702
Telefax	25821 82-1777
E-Mail	g.wimmer-greinecker@hgz-bb.de
Webadresse	www.hgz-bb.de

Haupt-/Belegabteilung

Art der Abteilung	Hauptabteilung
-------------------	----------------

### B-2.2

Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V	Ja
---	----

## ■ Klinik für Herz-Thorax-Chirurgie

### B-2.3

Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote
VC16	Aortenaneurysmachirurgie
VC09	Behandlung von Verletzungen am Herzen
VC04	Chirurgie der angeborenen Herzfehler im Erwachsenenalter
VC02	Chirurgie der Komplikationen der koronaren Herzerkrankung: Ventrikulaneurysma, Postinfarkt-VSD, Papillarmuskelabriss, Ventrikulruptur
VC06	Defibrillatoreingriffe
VC10	Eingriffe am Perikard
VC03	Herzklappenchirurgie
VC01	Koronarchirurgie
VC11	Lungenchirurgie
VC08	Lungenembolektomie
VC59	Mediastinoskopie
VC13	Operationen wegen Thoraxtrauma
VC05	Schrittmachereingriffe
VC15	Thorakoskopische Eingriffe

## Klinik für Herz-Thorax-Chirurgie

### B-2.5

Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1.328
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-2.6

Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10 Ziffer*	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I20	607	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust – Angina pectoris
2	I21	239	Akuter Herzinfarkt
3	I35	195	Krankheit der Aortenklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht
4	I34	47	Krankheit der linken Vorhofklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht
5	I71	38	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader
6	T82	36	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen
7	T81	27	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen
8	I31	23	Sonstige Krankheit des Herzbeutels (Perikard)
9	I33	20	Akute oder weniger heftig verlaufende (subakute) Entzündung der Herzklappen
10	T84	11	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate

\*Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

## ■ Klinik für Herz-Thorax-Chirurgie

### B-2.7

#### Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301 Ziffer	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-361	1.454	Operatives Anlegen eines Umgehungsgefäßes (Bypass) bei verengten Herzkranzgefäßen
2	5-351	363	Ersatz von Herzklappen durch eine künstliche Herzklappe
3	3-030	290	Umfassende Ultraschalluntersuchung mit Kontrastmittel zur Abklärung und zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen
4	3-992	286	Anwendung bildgebender Verfahren während einer Operation
5	5-384	268	Entfernung und Ersatz (Interposition) an der Aorta
6	3-993	256	Messung von Organfunktionen, Flussparametern, Volumenfluss oder Widerstandsparametern
7	5-373	215	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Herzens
8	1-620	213	Endoskopie der Atemwege
9	5-353	180	Operation zur Funktionsverbesserung undichter Herzklappen – Valvuloplastik
10	8-839	173	Sonstige Behandlungen am Herzen bzw. den Blutgefäßen über einen Schlauch (Katheter)

## ■ Klinik für Herz-Thorax-Chirurgie

### B-2.8

#### 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 Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Vor- und nachstationäre Behandlung		
	Untersuchung und Beratung vor stationären Behandlungen			
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)		VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax

## ■ Klinik für Herz-Thorax-Chirurgie

### B-2.10

Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

### B-2.11

Personelle Ausstattung

#### B-2.11.1

Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl		Fälle je Vollkraft
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	16	Vollkräfte	83,0
Davon Fachärzte und Fachärztinnen	8	Vollkräfte	166,0

Fachexpertise der Abteilungen

Nr.	Facharztqualifikationen
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ07	Gefäßchirurgie
AQ08	Herzchirurgie
AQ12	Thoraxchirurgie

## ■ Klinik für Herz-Thorax-Chirurgie

### B-2.11.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Fälle je Vollkraft	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	50,2 Vollkräfte	26,5	3 Jahre
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	1 Vollkraft	1.328,0	3 Jahre
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	2,8 Vollkräfte	467,6	2 Jahre
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	1,3 Vollkraft	998,5	3 Jahre

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilungen

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

Nr	Zusatzqualifikation
ZP12	Praxisanleitung



Dr. med. Thomas Nolte  
Direktor des Gefäßzentrums  
Chefarzt der Klinik für Gefäßchirurgie

## B-3 Gefäßzentrum – Klinik für Gefäßchirurgie

### B-3.1

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Name Fachabteilung/Zentrum	Gefäßzentrum – Klinik für Gefäßchirurgie
FA-Schlüssel § 301 SGB V	1800 – Gefäßchirurgie

Kontaktdaten

Chefarzt/Chefärztin	Dr. med. Thomas Nolte
Straße und Nummer	Römstedter Straße 25
PLZ und Ort	29549 Bad Bevensen
Telefon	05821 82-1816
Telefax	05821 82-3816
E-Mail	t.nolte@hgz-bb.de
Webadresse	www.hgz-bb.de

Haupt-/Belegabteilung

Art der Abteilung	Hauptabteilung
-------------------	----------------

### B-3.2

Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V	Ja
---	----

## ■ Gefäßzentrum – Klinik für Gefäßchirurgie

### B-3.3

Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote
VC63	Amputationschirurgie
VC16	Aortenaneurysmachirurgie
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
VO15	Fußchirurgie
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen
VC20	Nierenchirurgie
VC17	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
VC62	Portimplantation
VC30	Septische Knochenchirurgie
VC58	Spezialsprechstunde

### B-3.5

Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Stationäre Fallzahl	998
Teilstationäre Fallzahl	0

## ■ Gefäßzentrum – Klinik für Gefäßchirurgie

### B-3.6

#### Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10 Ziffer*	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I70	263	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose
2	E11	179	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss – Diabetes Typ-2
3	I71	168	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader
4	I65	132	Verschluss bzw. Verengung einer zum Gehirn führenden Schlagader ohne Entwicklung eines Schlaganfalls
5	I72	58	Sonstige Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten eines Blutgefäßes oder einer Herzkammer
6	T81	36	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen
7	I74	35	Verschluss einer Schlagader durch ein Blutgerinnsel
8	T82	32	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen
9	N18	26	Anhaltende (chronische) Verschlechterung bzw. Verlust der Nierenfunktion
10	I83	20	Krampfadern der Beine

\*Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

## ■ Gefäßzentrum – Klinik für Gefäßchirurgie

### B-3.7

#### Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301 Ziffer	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-605	536	Röntgendarstellung der Schlagadern im Becken mit Kontrastmittel
2	3-607	531	Röntgendarstellung der Schlagadern der Beine und Füße mit Kontrastmittel
3	5-381	390	Operative Entfernung eines Blutgerinnsels einschließlich der angrenzenden Innenwand einer Schlagader
4	3-604	382	Röntgendarstellung der Schlagadern des Bauchraumes mit Kontrastmittel
5	5-380	304	Operative Eröffnung von Blutgefäßen bzw. Entfernung eines Blutgerinnsels
6	8-836	289	Katheterbasierte Gefäßerweiterung
7	5-983	273	Erneute Operation
8	5-930	244	Art des verpflanzten Materials
9	8-83b	205	Zusatzinformationen zu Materialien
10	5-38a	192	Einbringen von Stents in Arterien

## ■ Gefäßzentrum – Klinik für Gefäßchirurgie

### B-3.8

#### 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 Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Wundambulanz		Diagnostik und Therapie von chronischen Wunderkrankungen
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V			Untersuchung und Beratung vor stationären Behandlungen und Betreuung und Beratung nach stationären Behandlungen

### B-3.10

#### Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## ■ Gefäßzentrum – Klinik für Gefäßchirurgie

### B-3.11 Personelle Ausstattung

#### B-3.11.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl		Fälle je Vollkraft
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	7,2	Vollkräfte	138,4
Davon Fachärzte und Fachärztinnen	3,4	Vollkräfte	293,5

#### Fachexpertise der Abteilungen

Nr.	Facharztqualifikationen
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ07	Gefäßchirurgie
AQ12	Thoraxchirurgie

## ■ Gefäßzentrum – Klinik für Gefäßchirurgie

### B-3.11.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Fälle je Vollkraft	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	13,1 Vollkräfte	76,2	3 Jahre
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	1 Vollkraft	998,0	3 Jahre
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	1,2 Vollkraft	845,8	2 Jahre

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilungen

Nr.	Fachqualifikationen
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP12	Praxisanleitung
ZP16	Wundmanagement



PD Dr. med. Hans Krankenberg  
Chefarzt der Klinik für Angiologie

## B-4 Gefäßzentrum – Klinik für Angiologie

### B-4.1

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Name Fachabteilung/Zentrum	Gefäßzentrum – Klinik für Angiologie
FA-Schlüssel § 301 SGB V	0100 – Innere Medizin

Kontaktdaten

Chefarzt/Chefärztin	Privatdozent Dr. med. Hans Krankenberg
Straße und Nummer	Römstedter Straße 25
PLZ und Ort	29459 Bad Bevensen
Telefon	08521 82-1157
Telefax	05821 82-3816
E-Mail	h.krankenberg@hgz-bb.de
Webadresse	www.hgz-bb.de

Haupt-/Belegabteilung

Art der Abteilung	Hauptabteilung
-------------------	----------------

### B-4.2

Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V	Ja
---	----

## ■ Gefäßzentrum – Klinik für Angiologie

### B-4.3

#### Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote
VR15	Arteriographie
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Bluthochdruck)
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
VI20	Intensivmedizin
VI27	Spezialsprechstunde

### B-4.5

#### Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Stationäre Fallzahl	937
Teilstationäre Fallzahl	0

## ■ Gefäßzentrum – Klinik für Angiologie

### B-4.6

#### Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10 Ziffer*	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I70	476	Verkalkung der Schlagadern – Arteriosklerose
2	E11	161	Diabetes mellitus, Typ 2
3	I89	64	Sonstige Krankheit der Lymphgefäße bzw. Lymphknoten, nicht durch Bakterien oder andere Krankheitserreger verursacht
4	I80	50	Verschluss einer Vene durch ein Blutgerinnsel (Thrombose) bzw. oberflächliche Venenentzündung
5	I83	36	Krampfader der Beine
6	I65	30	Verschluss bzw. Verengung einer zum Gehirn führenden Schlagader ohne Entwicklung eines Schlaganfalls
7	A46	19	Wundrose – Erysipel
8	I74	13	Verschluss einer Schlagader durch ein Blutgerinnsel
9	I26	12	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel – Lungenembolie
10	I87	11	Sonstige Venenkrankheit

\*Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

## ■ Gefäßzentrum – Klinik für Angiologie

### B-4.7

#### Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301 Ziffer	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-836	772	Katheterbasierte Gefäßweiterung
2	8-83b	644	Zusatzinformationen zu Materialien
3	3-607	568	Röntgendarstellung der Schlagadern der Beine mit Kontrastmittel
4	3-605	549	Röntgendarstellung der Schlagadern im Becken mit Kontrastmittel
5	8-840	466	Einbringen von nicht medikamentenfreisetzenden Stents über eine Schlagader in ein zu erweiterndes Blutgefäß
6	3-604	323	Röntgendarstellung der Schlagadern des Bauchraumes mit Kontrastmittel
7	5-385	75	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein
8	3-601	33	Röntgendarstellung der Schlagadern des Halses mit Kontrastmittel
9	3-600	31	Röntgendarstellung der Schlagadern des Gehirns mit Kontrastmittel
10	3-030	28	Umfassende Ultraschalluntersuchung mit Kontrastmittel zur Abklärung und zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen

## ■ Gefäßzentrum – Klinik für Angiologie

### B-4.8

#### 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 Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Vor- und nachstationäre Behandlung		Untersuchung und Beratung vor stationären Behandlungen und Betreuung und Beratung nach stationären Behandlungen

### B-4.10

#### Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## ■ Gefäßzentrum – Klinik für Angiologie

### B-4.11 Personelle Ausstattung

#### B-4.11.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl		Fälle je Vollkraft
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	5,3	Vollkräfte	177,5
Davon Fachärzte und Fachärztinnen	3,3	Vollkräfte	281,4

#### Fachexpertise der Abteilungen

Nr.	Facharztqualifikationen
AQ23	Innere Medizin
AQ24	Innere Medizin und SP Angiologie

## ■ Gefäßzentrum – Klinik für Angiologie

### B-4.11.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Fälle je Vollkraft	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	10,5 Vollkräfte	89,6	3 Jahre
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	2 Vollkräfte	466,2	2 Jahre

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilungen

Nr.	Fachqualifikationen
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP12	Praxisanleitung



Dr. med. Wulf Euringer  
Chefarzt der Klinik für Radiologie

## B-5 Gefäßzentrum – Klinik für Radiologie

### B-5.1

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Name Fachabteilung/Zentrum	Gefäßzentrum – Klinik für Radiologie
FA-Schlüssel § 301 SGB V	3751 – Radiologie

Kontaktdaten

Chefarzt/Chefärztin	Dr. med. Wulf Euringer
Straße und Nummer	Römstedter Straße 25
PLZ und Ort	29549 Bad Bevensen
Telefon	05821 82-1395
Telefax	05821 82-1160
E-Mail	w.euringer@hgz-bb.de
Webadresse	www.hgz-bb.de

Haupt-/Belegabteilung

Art der Abteilung	Nicht bettenführend/sonstige Organisationseinheit
-------------------	---

### B-5.2

Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V	Ja
---	----

## ■ Gefäßzentrum – Klinik für Radiologie

### B-5.3

Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote
VR15	Arteriographie
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
VR10	Computertomographie (CT), nativ
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
VR08	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
VR41	Interventionelle Radiologie
VR28	Intraoperative Anwendung der Verfahren
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen
VR17	Lymphographie
VR16	Phlebographie
VR09	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern
VR44	Teleradiologie

### B-5.5

Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Stationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

## ■ Gefäßzentrum – Klinik für Radiologie

### B-5.7

#### Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301 Ziffer	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-990	1.344	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung
2	3-991	965	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
3	3-225	653	Computertomografie des Bauchraumes mit Kontrastmittel
4	3-222	604	Computertomografie des Brustkorbs mit Kontrastmittel
5	3-200	525	Computertomografie des Schädels ohne Kontrastmittel
6	3-604	251	Röntgendarstellung der Schlagadern des Bauchraumes mit Kontrastmittel
7	3-202	207	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel
8	3-226	86	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel
9	3-221	85	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel
10	3-207	77	Computertomografie des Bauchraums ohne Kontrastmittel

## ■ Gefäßzentrum – Klinik für Radiologie

### B-5.8

#### 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 Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Radiologische Ambulanz		Konventionelle Röntgenaufnahmen

### B-5.9

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

Rang	OPS-301 Ziffer	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-836	8	Katheterbasierte Gefäßerweiterung

### B-5.10

#### Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## ■ Gefäßzentrum – Klinik für Radiologie

### B-5.11 Personelle Ausstattung

#### B-5.11.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl		Fälle je Vollkraft
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	3,4	Vollkräfte	0
Davon Fachärzte und Fachärztinnen	2	Vollkräfte	0

#### Fachexpertise der Abteilungen

Nr.	Facharztqualifikationen
AQ54	Radiologie



Dr. med. Aiman Alken  
Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie  
und Intensivmedizin

## B-6 Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

### B-6.1

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Name Fachabteilung/Zentrum	Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin
FA-Schlüssel § 301 SGB V	3700 – Sonstige Fachabteilung

Kontaktdaten

Chefarzt/Chefärztin	Dr. med. Aiman Alken
Straße und Nummer	Römstedter Straße 25
PLZ und Ort	29549 Bad Bevensen
Telefon	05821 82-1621
Telefax	05821 82-1629
E-Mail	a.alken@hgz-bb.de
Webadresse	www.hgz-bb.de

Haupt-/Belegabteilung

Art der Abteilung	Nicht bettenführend/sonstige Organisationseinheit
-------------------	---

### B-6.2

Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V	Ja
---	----

## ■ Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

### B-6.3

Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote
VI00	Narkosen
VI00	Serologisches Labor/ Eigenblutspende/ Blutdepot
VI20	Intensivmedizin
VI40	Schmerztherapie
VI42	Transfusionsmedizin

### B-6.5

Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Stationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-6.7

Prozeduren nach OPS

>

## ■ Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

Rang	OPS-301 Ziffer	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-800	1.577	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
2	8-980	527	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)
3	8-812	508	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen
4	8-810	145	Übertragung (Transfusion) von Blutflüssigkeit bzw. von Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen
5	8-855	65	Blutreinigung außerhalb des Körpers durch ein Kombinationsverfahren von Blutentgiftung und Blutwäsche
6	8-854	26	Blutreinigungsverfahren bei Nierenschwäche oder -versagen
7	8-930	9	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
8	8-931	9	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes
9	5-311	4	Zeitlich befristete Beatmung mit einer Kanüle mittels eines externen Zugangs zur Luftröhre
10	8-921	< 4	Überwachung mittels evozierter Potentiale

## ■ Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

### B-6.10

Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

### B-6.11

Personelle Ausstattung

#### B-6.11.1

Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl		Fälle je Vollkraft
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	15,2	Vollkräfte	0
Davon Fachärzte und Fachärztinnen	7,8	Vollkräfte	0

Fachexpertise der Abteilungen

Nr.	Facharztqualifikationen
AQ01	Anästhesiologie
AQ59	Transfusionsmedizin

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin

## ■ Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

### B-6.11.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Fälle je Vollkraft	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	47	Vollkräfte 0	3 Jahre
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	2	Vollkräfte 0	3 Jahre
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	5,5	Vollkräfte 0	2 Jahre

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilungen

Nr	Fachqualifikationen
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP12	Praxisanleitung

## Qualitätssicherung



### C-1

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

Die Daten zur externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V werden jährlich entsprechend den vorgeschriebenen Fristen direkt an die Annahmestelle übermittelt.

### C-1.2

Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

Kennzahl	Bewertung	Vertrauensbereich	Ergebnis
09/1 / 1100 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts	N02	1,28 -1,44	0,89
09/1 / 2196 Beachtung der Leitlinien bei der Auswahl eines Herzschrittmachers	R10	97,51-97,73	98,17
09/1 / 1103 Komplikationen während oder aufgrund der Operation	R10	0,79-0,93	0,44
09/1 / 52128 Dauer der Operation	R10	86,13-86,62	82,74
09/1 / 690 Beachtung der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Herzschrittmachers	R10	96,65-96,9	97,74
09/1 / 10223 Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Einkammer-Herzschrittmacher	N02	94,8-95,49	92,31
09/1 / 10249 Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Zweikammer-Herzschrittmacher	N02	98,32-98,52	96,61

09/1 = Herzschrittmacher-Implantation  
09/2 = Herzschrittmacher-Aggregatwechsel  
09/3 = Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explant  
09/4 = Implantierbare Defibrillatoren-Implantation  
09/5 = Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel  
09/6 = Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel  
10/2 = Karotis-Revaskularisation  
21/3 = Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention

PNEU = Ambulant erworbene Pneumonie  
HCH-AORT-CHIR = Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)  
HCH-AORT-KATH = Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)  
HCH-KCH = Koronarchirurgie, isoliert  
HCH-KOMB = Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

Zähler/ Nenner	Bundes- durchschnitt	Kommentar Krankenhaus
-------------------	-------------------------	-----------------------

2/226	1,36	
-------	------	--

215/219	97,62	
---------	-------	--

1/226	0,86	
-------	------	--

187/226	86,38	
---------	-------	--

216/221	96,78	
---------	-------	--

36/39	95,16	
-------	-------	--

171/177	98,42	
---------	-------	--

R10 = Ergebnis liegt im Referenzbereich/Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein strukturierter Dialog erforderlich  
 N02 = Bewertung nicht vorgesehen/Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert  
 U32 = Bewertung nach strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig/Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle  
 D50 = Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation/Unvollständige oder falsche Dokumentation

U31 = Bewertung nach strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig/Besondere klinische Situation  
 N01 = Bewertung nicht vorgesehen/Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind  
 N99 = Bewertung nicht vorgesehen/Auf Empfehlung der Bundesebene/ Expertengruppe wurde der Strukturierte Dialog trotz definierten Referenzbereiches ausgesetzt.

› C-1.2

Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

Kennzahl	Bewertung	Vertrauensbereich	Ergebnis
<b>09/1 / 51191</b> Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	R10	0,89-1,00	0,53
<b>09/3 / 51988</b> Entscheidung zur erneuten Operation aufgrund eines Problems, das im Zusammenhang mit dem Eingriff steht (Problem mit der Schrittmachersonde oder an der Gewebetasche)	R10	3,1-3,32	5,18
<b>09/3 / 51994</b> Entscheidung zur erneuten Operation aufgrund einer Infektion oder Schäden an der Gewebetasche	R10	0,22-0,28	0,80
<b>09/3 / 51987</b> Entscheidung zur erneuten Operation aufgrund technischer Probleme mit dem Herzschrittmacher	R10	0,42-0,51	0,40
<b>09/4 / 50004</b> Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Schockgebers	R10	93,64-94,18	94,23
<b>09/4 / 51186</b> Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	R10	0,8-1,08	0,00
<b>09/4 / 50017</b> Komplikationen während oder aufgrund der Operation	R10	0,77-0,99	0,00
<b>09/4 / 52129</b> Dauer der Operation	R10	87,0-87,76	87,00
<b>09/4 / 50011</b> Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Zweikammer-Schockgeber (sog. VDD- oder DDD-Schockgeber)	N02	95,16-96,08	97,78
<b>09/4 / 50010</b> Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Einkammer-Schockgeber (sog. VVI-Schockgeber)	N02	93,86-94,7	100,00
<b>09/4 / 50012</b> Durchleuchtungszeit bis 60 Minuten bei CRT-Schockgeber	N02	97,23-97,84	100,00

Zähler/ Nenner	Bundes- durchschnitt	Kommentar Krankenhaus
0,02/0,04	0,94	
13/251	3,21	
2/251	0,25	
1/251	0,46	
98/104	93,92	
0/0,8	0,93	
0/104	0,87	
87/100	87,38	
44/45	95,65	
6/ 6	94,29	
48/48	97,55	



› C-1.2

Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

Kennzahl	Bewertung	Vertrauensbereich	Ergebnis
09/4 / 50020 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts	N02	0,5-0,68	0,00
09/4 / 50005 Beachten der Leitlinien bei der Auswahl eines Schockgebers	R10	94,83-95,32	96,00
09/5 / 50031 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts	R10	0,07-0,21	0,00
09/5 / 50025 Dauer der Operation bis 60 Minuten	R10	92,38-93,42	96,36
09/5 / 50030 Komplikationen während oder aufgrund der Operation	R10	0,29-0,54	0,00
09/6 / 51196 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	R10	0,83-1,13	1,10
09/6 / 52002 Entscheidung zur erneuten Operation aufgrund einer Infektion	R10	0,99-1,2	2,52
09/6 / 52001 Entscheidung zur erneuten Operation aufgrund eines Problems, das im Zusammenhang mit dem Eingriff steht	R10	4,59-5,02	5,66
09/6 / 50041 Komplikationen während oder aufgrund der Operation	R10	1,12-1,58	0,00
09/6 / 50044 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts	N02	1,41-1,92	2,99
10/2 / 51445 Schlaganfall oder Tod nach Operation (mittels Katheter) bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit	N02	1,31-2,34	0,00
10/2 / 51176 Schwerer Schlaganfall oder Tod nach Operation	N02	1,08-1,34	1,84

Zähler/ Nenner	Bundes- durchschnitt	Kommentar Krankenhaus
0/104	0,58	
96/100	95,08	
0/55	0,12	
53/55	92,91	
0/55	0,40	
0/0	0,97	
4/159	1,09	
9/159	4,80	
0/67	1,33	
2/67	1,64	
0/4	1,76	
3/163	1,20	



› C-1.2

Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

Kennzahl	Bewertung	Vertrauensbereich	Ergebnis
10/2 / 11724 Schwerer Schlaganfall oder Tod nach Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	R10	0,81-1,01	1,69
10/2 / 51437 Entscheidung zur Operation (mittels Katheter) bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit	R10	95,19-96,56	100,00
10/2 / 51445 Schlaganfall oder Tod nach Operation (mittels Katheter) bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit	N02	1,31-2,34	5,00
10/2 / 603 Entscheidung zur Operation bei einer um 60% verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit	R10	97,66-98,11	100,00
10/2 / 11704 Schlaganfall oder Tod während der Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	R10	0,85-1,0	1,51
10/2 / 51175 Schlaganfall oder Tod nach Operation	N02	1,98-2,33	3,07
10/2 / 604 Entscheidung zur Operation bei einer um 50% verengten Halsschlagader und Beschwerden	R10	98,78-99,19	100,00
10/2 / 51443 Entscheidung zur Operation (mittels Katheter) bei einer um 50 % verengten Halsschlagader und Beschwerden	N01	98,03-99,15	
21/3 / 50749 Strahlenbelastung bei Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm <sup>2</sup> )	R10	19,88-20,17	24,74
21/3 / 12775 Strahlenbelastung bei einer Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm <sup>2</sup> )	R10	25,93-26,9	22,84

Zähler/ Nenner	Bundes- durchschnitt	Kommentar Krankenhaus
0/0	0,90	
24/24	95,93	
1/20	1,76	
117/117	97,89	
0/0	0,92	
5/163	2,15	
13/13	99,01	
	98,70	
95/384	20,02	
45/197	26,41	



› C-1.2

Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

Kennzahl	Bewertung	Vertrauensbereich	Ergebnis
<b>21/3 / 51407</b> Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI) mit mehr als 250 ml Kontrastmittel	R10	15,21-15,47	11,20
<b>21/3 / 12774</b> Strahlenbelastung bei einer Herzkatheteruntersuchung (Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm <sup>2</sup> )	R10	21,13-21,37	30,42
<b>21/3 / 51405</b> Herzkatheteruntersuchung mit mehr als 150 ml Kontrastmittel	R10	7,31-7,46	8,64
<b>21/3 / 51406</b> Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI) mit mehr als 200 ml Kontrastmittel	R10	20,0-20,88	18,69
<b>DEK / 52010</b> Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 4. Grades erwarben	U33	0,01-0,01	0,01
<b>DEK / 52008</b> Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür erwarben	N02	0,4-0,4	0,55
<b>DEK / 52009</b> Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür erwarben - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	R10	0,99-1,01	0,74
<b>PNEU / 2028</b> Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung	R10	94,62-94,84	100,00
<b>PNEU / 11878</b> Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts	N02	12,84-13,1	14,29
<b>PNEU / 2007</b> Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenerkrankung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (ausschließlich aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten)	N02	95,03-95,83	100,00

Zähler/ Nenner	Bundes- durchschnitt	Kommentar Krankenhaus
43/384	15,34	
359/1180	21,25	
102/1180	7,38	
37/198	20,44	
1/7079	0,01	
39/7079	0,40	
0,39/0,52	1,00	
10/10	94,73	
2/14	12,97	
2/2	95,45	



› C-1.2

Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

Kennzahl	Bewertung	Vertrauensbereich	Ergebnis
<b>PNEU / 11880</b> Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit mittlerem Risiko	R10	7,09-7,34	0,00
<b>PNEU / 2012</b> Frühes Mobilisieren von Patienten mit geringem Risiko innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme	R10	96,61-96,97	100,00
<b>PNEU/ 2019</b> Kein Prüfen der Diagnosestellung und Behandlung bei Patienten mit hohem Risiko	N99	0,85-1,87	
<b>PNEU / 2006</b> Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten)	N02	97,8-97,92	100,00
<b>PNEU / 2018</b> Prüfen der Diagnosestellung und Behandlung bei Patienten mit mittlerem Risiko	N99	97,52-97,96	
<b>PNEU / 2015</b> Fortlaufende Kontrolle der Lungenentzündung mittels Erhebung von Laborwerten (CRP oder PCT) während der ersten 5 Tage	R10	98,47-98,58	100,00
<b>PNEU / 11879</b> Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit niedrigem Risiko	R10	1,26-1,48	0,00
<b>PNEU / 11881</b> Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit hohem Risiko	N01	20,25-21,66	
<b>PNEU / 2009</b> Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	R10	95,22-95,4	100,00
<b>PNEU / 2013</b> Frühes Mobilisieren von Patienten mit mittlerem Risiko innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme	R10	92,31-92,6	100,00

Zähler/ Nenner	Bundes- durchschnitt	Kommentar Krankenhaus
0/11	7,22	
1/1	96,80	
	1,26	
12/12	97,86	
	97,75	
11/ 11	98,53	
0/1	1,37	
	20,95	
11/11	95,31	
9/9	92,46	



› C-1.2

Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

Kennzahl	Bewertung	Vertrauensbereich	Ergebnis
<b>PNEU / 50722</b> Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus	R10	94,75-94,93	100,00
<b>PNEU / 2005</b> Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	R10	97,71-97,82	100,00
<b>PNEU / 2036</b> Ausreichender Gesundheitszustand nach bestimmten Kriterien bei Entlassung	R10	97,7-97,85	100,00
<b>PNEU / 50778</b> Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	N02	0,98-1,00	2,19

Zähler/ Nenner	Bundes- durchschnitt	Kommentar Krankenhaus
14/14	94,84	
14/14	97,77	
10/10	97,78	
0,02/0,01	0,99	

#### C-2

Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V

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

#### C-3

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

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP teil:

##### DMP

---

Koronare Herzkrankheit (KHK)

---

Modul Chronische Herzinsuffizienz (bei KHK)

---

#### C-4

Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu

#### C-5

Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 3 S.1 Nr. 2 SGB V

Trifft nicht zu

#### C-6

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

Nummer	Vereinbarung
CQ01	Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma

### C-7

Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 S. 1 Nr. 1 SGB V

	Anzahl
Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	42
Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	34
Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	31

\* nach den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus“ (siehe [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de))

## Qualitätsmanagement



## D-1 Qualitätspolitik

In der Mission und der Vision unserer Klinik wurzeln unser Leitbild und unsere Qualitätspolitik. Ziel unseres Handelns ist, Qualität zu leben. Dies stellen wir durch die strategischen und operativen Grundsätze unserer Qualitätspolitik sicher.

**Mission des Herz-Gefäßzentrums Bad Bevensen:**

**Das hoch spezialisierte Zentrum mit Herz und Verstand für Herz und Gefäße**

Herz und Gefäße sind bei uns wegen vernetzter Kompetenzen von Prävention über Intervention bis Rehabilitation in besten Händen.

**Leitbild des Herz- und Gefäßzentrums Bad Bevensen**

- » Das HGZ ist mehr als ein Kompetenzzentrum. Wir sind ein Gesundheitszentrum mit ganzheitlicher Medizin und Pflege für Körper, Geist und Seele.
- » Wir sind die Partner der Patienten.
- » Wir geben menschliche Zuwendung, qualifizierte Betreuung und bieten Technik auf hohem Niveau in ansprechender Atmosphäre.
- » Wir arbeiten im Team und schätzen uns in unserer Unterschiedlichkeit.
- » Wir pflegen kommunikative, anerkennende Zusammenarbeit mit anderen Abteilungen.
- » Wir arbeiten über Teamgrenzen hinweg freundlich und kooperativ zusammen.

**Wie geht das?**

- » Wir fangen bei uns an.
- » Wir nehmen uns gegenseitig ernst und reden miteinander.
- » Wir sind beweglich und mit Freude bei der Arbeit.
- » Wir sind motiviert zum stetigen Lernen und bilden uns fort.
- » Wir handeln wirtschaftlich und umweltbewusst.

Unser „Arbeit-Geber“ ist der Patient. Unsere Leistung schafft unseren guten Ruf, den die Patienten nach außen tragen – eine Voraussetzung für einen sicheren Arbeitsplatz in der Zukunft.

### Qualitätspolitik des HGZ

Die folgenden Grundsätze der Qualitätspolitik sind im Qualitätsmanagementhandbuch des HGZ hinterlegt und für jeden Mitarbeiter verbindlich:

1. In der Zusammenarbeit der Mitarbeiter des HGZ liegt der Schlüssel für unseren Erfolg. Nur miteinander können wir unsere Qualitätsziele erreichen. Gegenseitiges Vertrauen ist die Grundlage für unser Handeln. Wobei wir in konstruktiver Diskussion hart in der Sache, jedoch fair mit den Menschen umgehen. Das Ziel dieser Diskussion sind verbindliche Verabredungen für ein gemeinsames Ziel.
2. Die Führungskräfte sind Vorbild in der Umsetzung der Führungsgrundsätze und Leitziele des HGZ. Sie fördern und fordern die Mitarbeiter und erkennen ihre Leistungen an. Sie unterstützen die Mitarbeiter bei der Erreichung und Einhaltung unserer Qualitätsziele und handeln bereichsübergreifend.
3. Zu den obersten Unternehmenszielen gehören hohe Qualität, Innovationskraft und Wirtschaftlichkeit unserer Dienstleistungen. Hieran werden die Betriebsabläufe des HGZ ausgerichtet und kontinuierlich überprüft. Standardisierung und Optimierung von Behandlungsabläufen sowie deren vollständige und zeitnahe Dokumentation schaffen die Voraussetzungen für die Erreichung der Qualitätsziele.
4. Alle Mitarbeiter des HGZ tragen auch über ihren unmittelbaren Arbeitsplatz hinaus zur Umsetzung der Qualitätsziele bei. Durch die Mess- und Vergleichbarkeit der Leistungen wird eine höhere Motivation der Mitarbeiter und Zufriedenheit der Patienten erreicht. Fehlervermeidung hat Vorrang vor Fehlerbeseitigung. Dies führt zu Qualitätssteigerungen, Kostensenkungen und Wirtschaftlichkeit.
5. Die Kommunikation und Abstimmung aller am Patientendurchlauf Beteiligten erfolgt in enger freundlicher Zusammenarbeit. Maßstab für Diagnostik und Therapie sind das Wohl und die Erfordernisse der Patienten, d. h. das Erforderliche und Zweckmäßige ist durchzuführen, unnötige Belastungen des Patienten sind zu vermeiden.
6. Patienten und andere Partner werden an der Entscheidungsfindung beteiligt. Informations- und Aufklärungsgespräche sind sorgfältig zu führen und müssen in Gesprächsinhalt und Wortwahl verständlich sein. Anfragen, Absprachen und Beschwerden werden gründlich und zügig bearbeitet.
7. Die Qualität unserer Leistungen hängt auch von der eingesetzten Medizintechnik und von zugekauften Produkten, Materialien sowie Dienstleistungen ab. Wir fordern deshalb von unseren Lieferanten höchste Qualität und unterstützen diese bei der Verfolgung der gemeinsamen Qualitätsziele.
8. Unsere Qualitätsrichtlinien sind bindend und orientieren sich, unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorschriften, am Wohl unserer Patienten und an der Zufriedenheit unserer Partner in der Gesundheitsversorgung.

## D-2 Qualitätsziele

Auf Basis der im Vorjahr vorangegangenen QM-Ziele werden in allen Bereichen des HGZ jährlich neue Ziele und Maßnahmen für die künftige Arbeit definiert. Die Mitglieder des Direktoriums stellen sicher, dass aus jedem der ihnen unterstellten Bereiche pro Jahr mindestens ein Qualitätsziel identifiziert und bearbeitet wird.

## D-3 Aufbau des einrichtungswinteren Qualitätsmanagements

### Qualitätsmanagement nach DIN EN ISO 9001:2008

#### 3.1 Optimierung mit Hilfe eines Qualitätsmanagement-Systems

Ein Qualitätsmanagement-System (QM-System) ist weit mehr als das Zertifikat, das eine Klinik nach erfolgreicher Prüfung durch unabhängige Qualitätsfachleute, der so genannten externen Auditierung, erhält. Richtig aufgebaut und angewandt, stellt ein QM-System ein wirkungsvolles Managementinstrument dar, mit dessen Hilfe entscheidende Verbesserungen in der Organisation erreicht werden können.

Dafür gibt das QM-System Strukturen vor für

- » die Regelung wiederkehrender Arbeitsabläufe
- » die Festlegung von Verantwortungen
- » die Organisation des Informationsflusses an internen und externen Schnittstellen
- » die Durchführung von Prüfungen zur Sicherung der Qualität von Arbeitsschritten.

Für die Durchführung und Überwachung der Qualitätssicherungsmaßnahmen hat das HGZ im Rahmen des Qualitätskernteams (QKT) die Verantwortlichkeiten klar strukturiert (siehe Grafik). Seit 2003 ist das HGZ nach DIN EN 9001:2000 zertifiziert und wurde drei Jahre später, im Jahr 2006, rezertifiziert. Eine erneute Rezertifizierung nach der aktualisierten Norm DIN EN ISO 9001:2008 fand erfolgreich in 2009 und 2012 statt.

Die Klinik für angiologische und kardiologische Rehabilitation ist zusätzlich gemäß den BAR-Kriterien nach DEGEMED zertifiziert.

#### 3.3 Qualitätskernteam (QKT)

Zur Bearbeitung aktueller qualitätsrelevanter Themen und zum diesbezüglichen interdisziplinären Austausch setzt der Vorstand des HGZ ein Qualitätskernteam ein. Das QKT tritt in der Regel alle zwei Monate zusammen. Im Rahmen dieser Sitzungen werden qualitätsrelevante Themen besprochen und bei Bedarf Projekte initiiert. Bei Notwendigkeit werden zusätzlich Personen anderer Berufsgruppen hinzugezogen.

Das QKT setzt sich aus folgenden Personen zusammen:

- » Ärztlicher Direktor (Beauftragter der obersten Leitung)
- » Oberarzt der Klinik für Herz-Thorax-Chirurgie
- » Assistenzärztin der Klinik für Kardiologie
- » Leitende Oberärztin der Klinik für Gefäßchirurgie
- » Oberärztin der Klinik für kardiologische Rehabilitation
- » Stv. Pflegedirektorin
- » Hygienebeauftragter
- » Qualitätsmanagementbeauftragte

QM-relevante Projekte können sich beispielsweise ergeben aus Anregungen aus

- » internen Veränderungen (Organisation / Umstrukturierungen)
- » Befragungen
- » Patientenbeschwerden
- » internen oder externen Vorgaben
- » externen oder internen Audits

Unterstützt wird das QKT von den internen Auditoren, die sich zweimal jährlich unter der Leitung der QM-Beauftragten zur Vor- und Nachbereitung der internen Audits treffen. Ergebnisse aus den internen Audits werden zusammengefasst, dem Direktorium mitgeteilt und fließen in QM-Projekte ein. Gleichzeitig fungieren die internen Auditoren als Ansprechpartner zu QM-relevanten Themen in den jeweiligen Bereichen.

#### Qualitätskernteam (QKT)



## D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Das HGZ setzt im Rahmen seines umfangreichen Qualitätsmanagements die nachfolgend genannten Qualitätsinstrumente ein (alphabetisch gelistet):

### **Audits nach DIN EN ISO 9001:2008 (intern):**

#### **Interne Qualitätsaudits nach DIN EN ISO 9001:2008**

Eine Forderung der DIN EN ISO 9001:2008 ist die regelmäßige Durchführung von internen Audits. Diese finden im HGZ jährlich statt und werden in Form von Prozessaudits umgesetzt. Die Auditoren sind eine Gruppe von 18 Mitarbeitern des HGZ aus unterschiedlichen Abteilungen und Hierarchieebenen. Jeweils ein Auditorenpaar auditiert einen vorher festgelegten Bereich. Dabei greifen jeweils zwei geschulte Auditoren ein bestimmtes Thema eines Bereiches auf und diskutieren darüber mit Kollegen der betreffenden Bereiche. Aus den Ergebnissen werden Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet. Die Audits werden von den Beteiligten als sehr konstruktiv wahrgenommen.

### **Audits nach DIN EN ISO 9001:2008 (extern):**

#### **Externe Qualitätsaudits nach DIN EN ISO 9001:2008**

In den dreijährlich stattfindenden Rezertifizierungsaudits, bzw. in den in den Jahren dazwischen liegenden Überwachungsaudits, wird durch externe Auditoren einer unabhängigen Zertifizierungsgesellschaft die Funktionalität des Qualitätsmanagementsystems des HGZ überprüft. Empfehlungen daraus fließen in Verbesserungsmaßnahmen ein.

### **Beschwerdemanagement**

Die mündlichen und schriftlichen Eingänge bezüglich Lob und Kritik werden kontinuierlich und innerhalb festgelegter Fristen an die entsprechenden Ansprechpartner weitergeleitet und bearbeitet. Daraus sich ergebende Verbesserungsmaßnahmen werden besprochen und münden in Verbesserungsprojekte ein.

### **Externe Qualitätssicherung/ Benchmarking**

Ergebnisse der externen Qualitätssicherung werden kontinuierlich erfasst und berichtet. Sie werden bereits unterjährig genutzt, Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten.

### **Dekubitusmanagement/ Fallbesprechungen**

In Bezug auf die Entstehung und Behandlung von Druckgeschwüren wird eine hausinterne Statistik geführt. Die Ergebnisse werden in den für alle Pflegekräfte verpflichtenden innerbetrieblichen Fortbildungen kommuniziert. In Einzelfällen finden Fallbesprechungen mit den entsprechenden Stationen statt.

### **Dokumentenlenkungssystem**

Alle hausinternen Richtlinien, Arbeitsanweisungen und Formulare unterliegen der Dokumentenlenkung und sind über ein Dokumentenmanagementsystem abrufbar. Sie werden jährlich auf Aktualität überprüft.

### **Einweiserbefragungen**

In regelmäßigen Intervallen werden Einweiserbefragungen durchgeführt. Ergebnisse daraus fließen in Verbesserungsmaßnahmen ein.

### **Hygienemanagement**

Die Hygienekommission stellt die Einhaltung der Hygienerichtlinien sicher. Bei hygienischen Problemen werden entsprechende Maßnahmen zum Schutz von Patienten und Mitarbeitern initiiert.

Alle hygienerelevanten Themen werden in den regelmäßig stattfindenden Treffen der Hygiene- und Umweltschutzkommission besprochen. Diese Kommission tagt außerplanmäßig bei unvorhersehbaren hygienerelevanten Vorkommnissen, um auf aktuelle Situationen adäquat reagieren zu können.

Das HGZ beteiligt sich an der kontinuierlichen elektronischen Übermittlung der Infektionsdaten an das nationale Referenzzentrum in Berlin. Es steht damit über das **Krankenhaus Infektions Surveillance System (KISS)** in einem Vergleich mit anderen Krankenhäusern. Darüber hinaus nimmt die Klinik an der Aktion „Saubere Hände“ des RKI teil.

### **Innerbetriebliche Fortbildung (IBF)**

Das HGZ bietet seinen Mitarbeitern ein umfangreiches Jahresprogramm zur innerbetrieblichen Fortbildung mit unterschiedlichen Schwerpunkten an. In diesem Rahmen werden die gesetzlich vorgeschriebenen Schulungen zum Thema Gefahrstoff-, Biostoffverordnung und Brandschutz angeboten sowie für die entsprechenden Berufsgruppen Schulungen zum Transfusionsgesetz, zu Strahlenschutz, Lebensmittelhygiene, Produktionshygiene in der Küche und Hygiene im Patientenrestaurant. Des Weiteren gibt es ein umfassendes Angebot an verschiedenen anderen Schulungen zu individuellen Fach-, Methoden- und Sozialkompetenzen. Im Rahmen der IBF werden Schulungen zu den pflegerischen Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP) angeboten, die im HGZ umgesetzt werden.

Der IBF-Beauftragte führt eine Statistik aller MitarbeiterInnen über die besuchten Pflichtschulungen, wertet sie halbjährlich aus und leitet das Ergebnis den Bereichs- und Abteilungsleitungen zu.

### **Mitarbeiterbefragungen**

In regelmäßigen Intervallen werden Mitarbeiterbefragungen durchgeführt. Ergebnisse daraus fließen in Verbesserungsmaßnahmen ein.

#### **Morbiditäts- und Mortalitätsbesprechungen/ Fallbesprechungen**

In monatlich stattfindenden Morbiditäts- und Mortalitätsbesprechungen werden seitens der Chef-, Ober- und Assistenzärzte retrospektiv und fachübergreifend unerwartete Krankheitsverläufe von Patienten betrachtet und diskutiert. Ziel ist es, aus den gemachten Erfahrungen zu lernen und zukünftigen ähnlichen Verläufen mit optimaler Behandlung zu begegnen

#### **Patientenbefragungen**

In regelmäßigen Intervallen werden Patientenbefragungen durchgeführt. Diese finden klinikweit oder zusätzlich abteilungsbezogen statt.

#### **Sturzprophylaxe/ Fallbesprechungen**

Bei allen Patienten erfolgt bei Aufnahme die Einschätzung des individuellen Sturzrisikos. Bezüglich des Auftretens von Patientenstürzen wird eine hausinterne Statistik geführt. Über die Ergebnisse werden die Pflegekräfte informiert. In Einzelfällen finden Fallbesprechungen mit den entsprechenden Stationen statt.

## D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses sind im Folgenden einige umgesetzte beispielhafte Projekte aufgeführt:

### **Ausbildung von hygienebeauftragten Pflegekräften**

In 2014 wurden insgesamt neun Pflegekräfte der unterschiedlichen Stationen zu ‚Hygienebeauftragten in der Pflege‘ weitergebildet. Sie bilden das Bindeglied zwischen den Hygienefachkräften und den jeweiligen Stationen bzw. Funktionseinheiten und wirken als Ansprechpartner und Multiplikator für hygienerelevante Themen in ihren Abteilungen.

### **Optimierung von Patientenschulungen in der Reha-Klinik**

In der Reha-Klinik des HGZ wurde das Schulungsangebot für Reha-Patienten systematisch auf den Prüfstand gestellt und um neue Angebote ergänzt. Schulungen wurden inhaltlich aufeinander abgestimmt und hinsichtlich des Einsatzes unterschiedlicher Methoden einander angepasst. Parallel zur inhaltlichen Arbeit wurden die Dozenten in Bezug auf Didaktik und unterschiedlicher Schulungsmedien geschult. Dieses Projekt ist unbegrenzt und setzt sich im Weiteren fort.

### **Verbesserung der Strukturqualität durch Neu- und Umbaumaßnahmen:**

- » Weiterführung der Renovierung und Neuausstattung aller Patientenzimmer in der Klinik für angiologische und kardiologische Rehabilitation
- » Erneuerung der Anlage zur digitalen Subtraktionangiografie
- » Weiterer Ausbau der Privatstation mit 16 Betten (Umwidmung bestehender Büroräume)
- » Fertigstellung eines zusätzlichen Stockwerks zur Schaffung neuer Büroräume
- » Weiterführung des Erweiterungsbaus mit Errichtung
  - » eines neuen Hybrid-OPs
  - » einer neuen Zentralsterilisationsabteilung
  - » eines dritten Herzkathetermessplatzes
- » Errichtung neuer Parkplätze

Das HGZ gehört dem Verbund Norddeutscher Rehakliniken (VNR) an. Der Austausch der Qualitätsmanagementbeauftragten über das gemeinsame interne Qualitätsmanagement bildet einen Schwerpunkt in der Zusammenarbeit.



#### VNR (Verbund Norddeutscher Rehakliniken)

1998 gegründet, umfasst der VNR norddeutsche Rehakliniken, die nicht konzerngebunden sind bzw. keiner Klinikette angehören.

Dreimal jährlich treffen sich Mitglieder der Klinikleitungen und Qualitätsmanagementbeauftragte zum gegenseitigen Austausch, zu Fortbildungen und zur Entwicklung gemeinsamer Projekte.

Einen besonderen Schwerpunkt bildet der Austausch über das gemeinsame, interne Qualitätsmanagement (QM), welches zur Zertifizierung der QM-Systeme aller Mitgliedskliniken führte.

Als gemeinsame Aktivitäten werden zum Beispiel gemeinsame, kontinuierliche Patientbefragungen durchgeführt sowie ein Verfahren zur indikationsübergreifenden ICF-orientierten Abfrage der Ergebnisqualität.

Ein jährlicher Höhepunkt für den Bereich des Qualitätsmanagements stellt der so genannte ‚Moderatorentag‘ dar, an dem ein Austausch zwischen allen QM-Moderatoren stattfindet, die sich besonders für die Weiterentwicklung und Aufrechterhaltung des QM-Systems in den einzelnen Kliniken engagieren. Hier werden beispielhafte Qualitätsprojekte vorgestellt, die Impulse für zukünftige Arbeit geben.

## D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Im HGZ wird in den verschiedensten Bereichen die Qualität gemessen. Die Qualitätsmessungen dienen dazu, Abläufe zu analysieren und zu bewerten. Folgende Aus- und Bewertungen werden dazu herangezogen:

### **Externe Überwachungs- bzw. Rezertifizierungsaudits**

Im Berichtsjahr wurde in allen klinischen Klinikbereichen durch die unabhängige Zertifizierungsgesellschaft, LGA InterCert, ein externes Rezertifizierungsaudits nach DIN EN ISO 9001:2008 durchgeführt. Mit jährlichen Prüfungen durch die Zertifizierungsgesellschaft wird die Funktion des Qualitätsmanagement-Systems des HGZ überprüft.

### **AGIR (Arbeitsgemeinschaft Interventioneller Radiologen)**

Die Arbeitsgemeinschaft der interventionellen Radiologen sammelt seit vielen Jahren Qualitätssicherungsdaten für die therapeutischen Leistungen im Bereich der Radiologie. An dieser weitreichenden freiwilligen Qualitätssicherung nimmt das HGZ bereits seit 1989 mit Erfolg teil.

### **KISS (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System)**

Die fortlaufende systematische Erfassung, Analyse und Interpretation relevanter Daten zu nosokomialen (im Krankenhaus erworbenen) Infektionen sowie deren Feedback an das ärztliche und pflegerische Personal kann die Häufigkeit nosokomialer Infektionen nachweislich reduzieren. Diese Form der internen Qualitätssicherung wird als Surveillance bezeichnet. Das HGZ nimmt seit dem Jahr 2000 an dem vom Nationalen Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen geleiteten Projekt teil.

### **Dekubitusmanagement**

Bezüglich des Auftretens von Druckgeschwüren wird eine eigene hausinterne und stationsbezogene Statistik geführt. Bei Auffälligkeiten finden Fallbesprechungen statt.

### **Sturzprophylaxe**

Bezüglich der Häufigkeit von Sturzereignissen wird eine eigene hausinterne und stationsbezogene Statistik geführt. Bei Auffälligkeiten finden Fallbesprechungen statt.

### **Management-Review (Managementbewertung)**

Am Anfang eines jeden Jahres beurteilen die Führungskräfte und deren Stellvertreter auf Grundlage interner und externer Auditergebnisse, Ergebnissen der Patienten-, Mitarbeiter- und Zuweiserbefragungen, klinischer Ergebnisdaten und weiterer qualitätsrelevanter Daten das integrierte Qualitätsmanagementsystem.

### **Beschwerdemanagement**

Der Umgang mit Reklamationen oder Beschwerden von Patienten, deren Angehörigen oder Kostenträgern ist im HGZ geregelt. Ziel ist eine zeitnahe Bearbeitung der Beschwerden, um beschriebene Mängel umgehend abzustellen und kontinuierlich die Zufriedenheit von Patienten und anderen Beschwerdegebern zu verbessern. Aus den Meldungen werden Korrektur- und Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet. Alle Beschwerden werden dokumentiert und halbjährlich ausgewertet. Daraus abzuleitende Maßnahmen fließen in Verbesserungsprojekte ein.

### **Qualitätssicherungsmaßnahmen im Akutlabor**

Das Zentrallabor und das Blutlabor des HGZ führen umfangreiche qualitätssichernde Maßnahmen durch. Beide Labore nehmen an Ringversuchen nach den Richtlinien der Bundesärztekammer teil.

### Impressum

HGZ Herz- und Gefäßzentrum Bad Bevensen  
Herz-Kreislauf-Klinik Bevensen AG

#### Vorstand:

Dipl.-Kfm. Dirk Ludemann  
Römstedter Straße 25  
29549 Bad Bevensen

Telefon: 05821 82-0

Telefax: 05821 82-1666

[info@hgz-bb.de](mailto:info@hgz-bb.de)

[www.hgz-bb.de](http://www.hgz-bb.de)

#### Konzeption:

Amedick & Sommer, Stuttgart

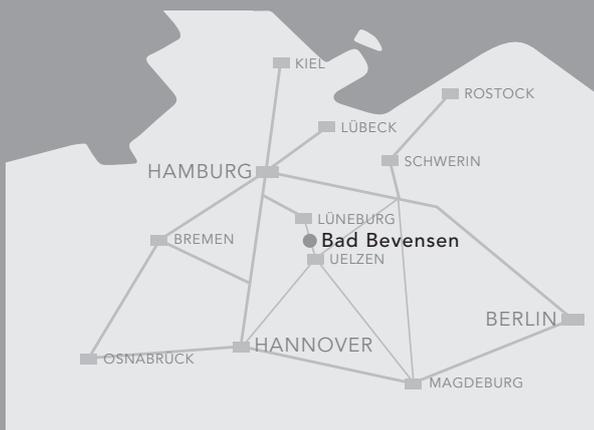
#### Realisation:

Fatma Jandali, Grafik Designerin, Oldenburg

#### Texte:

Birga Berndsen Communications, Hamburg

<http://www.birgaberndsen.com>



HGZ  
 Herz- und Gefäßzentrum  
 Bad Bevensen  
 Römstedter Straße 25  
 29549 Bad Bevensen

Telefon 05821 82-0  
 Telefax 05821 82-1666

[www.hgz-bb.de](http://www.hgz-bb.de)

Partner und unabhängige Qualitätsprüfer des Herz- und Gefäßzentrums Bad Bevensen

