

HGZ – Ihr Zentrum für Herz- und Gefäßmedizin

Qualitätsbericht 2015



Strukturierter Qualitätsbericht
gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V

Inhalt

3	Editorial	49	B-3 Gefäßzentrum – Klinik für Gefäßchirurgie
5	Das HGZ im Überblick		
7	Zusätzliche wichtige Qualitäts- und Leistungszahlen	57	B-4 Gefäßzentrum – Klinik für Angiologie
9	Kliniken und Leistungen des HGZ auf einen Blick	65	B-5 Gefäßzentrum – Klinik für Radiologie
11	A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	70	B-6 Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin
32	B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/ Fachabteilungen	76	C Qualitätssicherung
33	B-1 Klinik für Kardiologie	108	D Qualitätsmanagement
41	B-2 Klinik für Herz-Thorax-Chirurgie		

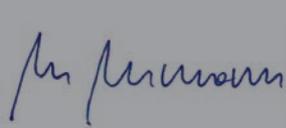
Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

als ein auf Herz- und Gefäßerkrankungen spezialisiertes medizinisches Hochleistungszentrum Deutschlands bieten wir unseren Patienten umfassende, modernste Diagnostik und Therapieverfahren unter einem Dach. Acht hochspezialisierte Kliniken arbeiten in engem Austausch zu Ihrem Wohle zusammen: Unsere Fachbereiche umfassen die Kliniken für Angiologie, Gefäßchirurgie, Kardiologie, Herz-Thorax-Chirurgie, Radiologie und Anästhesiologie und Intensivmedizin; vervollständigt wird unser medizinisches Leistungsspektrum durch die Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation.

Durch unseren Fokus auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit, verbunden mit der hohen medizinischen Versorgungsqualität, erfahren Patienten im HGZ die für ihr Krankheitsbild optimale Behandlung. Dafür steht zukünftig neben fünf OP-Sälen ein mit modernster Medizintechnik ausgestattete Hybrid-OP zur Verfügung. In diesem innovativen OP-Saal können beispielsweise Herz-Thorax-Chirurgen und Kardiologen zeitgleich minimalinvasive Eingriffe durchführen oder die Gefäßchirurgen Erkrankungen der Hauptschlagader endovaskulär therapieren. Der Vorteil für unsere Patienten dabei ist, dass für unterschiedliche Interventionen nur ein Behandlungstermin mit nur einer Narkose vonnöten ist und sich dadurch Belastungen und Risiken, auch bei komplizierten Krankheitsbildern, deutlich reduzieren lassen.

Die Basis unserer Zusammenarbeit ist der hohe Qualitätsanspruch jedes einzelnen Mitarbeiters. Daher zeigt Ihnen der vorliegende strukturierte Qualitätsbericht, welche Behandlungsqualität Sie von uns erwarten dürfen. Er kann Ihnen als Entscheidungshilfe dienen, denn für die Wahl der für Sie richtigen Klinik bilden transparente Informationen eine wesentliche Orientierung und Grundlage für Vergleichbarkeit.

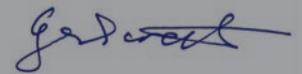
Wir wünschen Ihnen interessante und aufschlussreiche Einblicke in unsere tägliche Arbeit.



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.

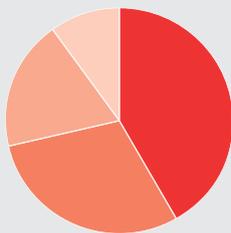
Neben der Qualität der medizinischen Versorgung trägt auch das Umfeld viel zum positiven Verlauf des Klinikaufenthaltes bei. Patienten schätzen an Bad Bevensen die Ruhe, die die Konzentration auf das Wesentliche ermöglicht: den Genesungsweg zurück in ein aktives, selbstbestimmtes Leben. Das HGZ liegt 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

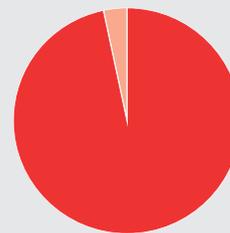
Operationen am Herzen



2015 führte das HGZ insgesamt 1.295 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 42 %
- Kombinationseingriffe 30 %
- Herzklappenoperationen 19 %
- Sonstige Operationen 10 %

Off-Pump Anteil in der Koronarchirurgie



2015 wurde in 3 % 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 97 %
- ohne HLM 3 %

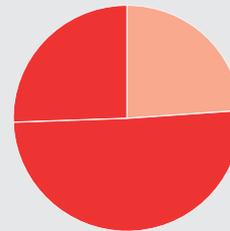
Isolierte und kombinierte Eingriffe an Patienten mit einer koronaren Mehrgefäßerkrankung



99 % aller Bypassoperationen an Patienten, die jünger als 75 Jahre alt waren, 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 99 %
- Patienten (älter als 75 Jahre) mit nur einem arteriellen Graft 1 %

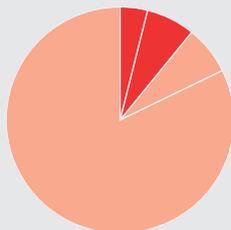
Isolierte Eingriffe an der Aortenklappe



2015 wurden 76 % aller isolierten Aortenklappeneingriffe in minimal-invasiver Technik durchgeführt. 26 % davon waren katheterbasierte Eingriffe. Dies bedeutet für die Patienten eine Verkürzung der postoperativen Rekonvaleszenzphase für eine schnellere Rückkehr in den Alltag.

- minimal-invasiv 76 % (davon 26 % Katheter-basierte Implantationen)
- konv. Sternotomie 24 %

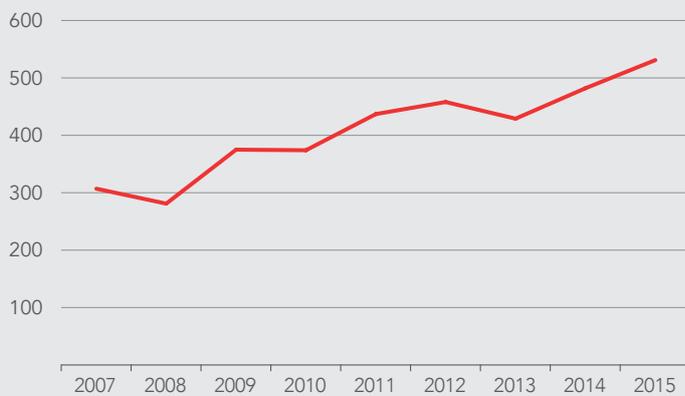
Ersatz und Rekonstruktion von Mitralklappen



Der Anteil der Rekonstruktionen von Mitralklappen in 2015 belief sich auf 89 %. 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.

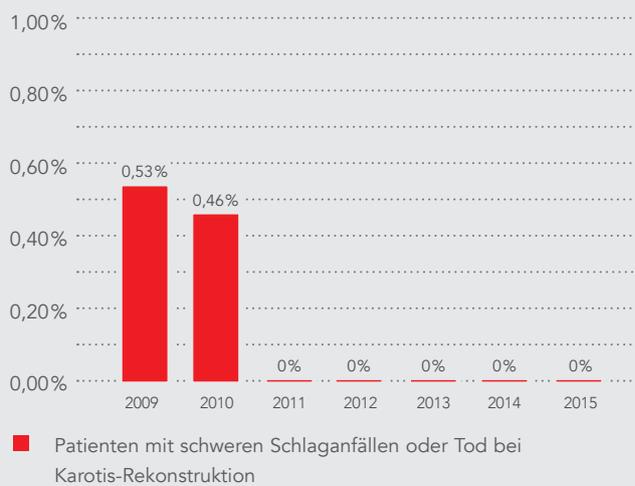
- Mitralklappen-Rekonstruktion 89 % (davon: Isoliert 7 %, Kombiniert 82 %)
- Mitralklappen-Ersatz 11 % (davon: Isoliert: 4 %, Kombiniert 7 %)

Entwicklung der (Haupt- und definierten) Herzinsuffizienzdiagnosen (HGZ 2007-2015)



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

► 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)
- » Katheter-basierte Aortenklappenimplantationen
- » 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 gemäß
§ 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 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	http://www.hgz-bb.de
-----	---

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
MP04	Atemgymnastik/-therapie
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie
MP14	Diät- und Ernährungsberatung
MP15	Entlassungsmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege

› A-5
Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
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
MP51	Wundmanagement
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen DEFI-Selbsthilfegruppe
MP63	Sozialdienst
MP68	Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege
MP69	Eigenblutspende

A-6

Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

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

A-7
Aspekte der Barrierefreiheit

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

A-8

A-8.1

Forschung und akademische Lehre des Krankenhauses

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

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)

165

A-10
Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

Vollstationäre Fallzahl	7.280
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	2.500

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

	Anzahl	
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	80,44	Vollkräfte
Davon Fachärzte und Fachärztinnen	35,55	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	
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	187,78	Vollkräfte
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	2,51	Vollkräfte
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	1	Vollkraft

› A-11.2
Pflegepersonal

	Anzahl	
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	2,88	Vollkräfte
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	1,5	Vollkräfte
Medizinische Fachangestellte	9,79	Vollkräfte

A-11.3
therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl	
Diplom Psychologen Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden.	0	Vollkräfte
Ergotherapeuten Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden.	0	Vollkräfte
Physiotherapeuten	5	Vollkräfte
Sozialpädagogen 2 Vollkräfte in der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation	0	Vollkräfte

A-11.4
Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl
SP04	Diätassistent und Diätassistentin Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden.	0 Vollkräfte

› A-11.4
Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden.	0 Vollkräfte
SP06	Erzieher und Erzieherin Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden.	0 Vollkräfte
SP23	Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden.	0 Vollkräfte
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden.	0 Vollkräfte
SP26	Sozialpädagogin und Sozialpädagoge Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden.	0 Vollkräfte
SP40	Sozialpädagogischer Assistent und Sozialpädagogische Assistentin/ Kinderpfleger und Kinderpflegerin Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden.	0 Vollkräfte

A-12

A-12.1.1

Verantwortliche Personen des einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements

Name	Funktion	Telefon	Telefax	E-Mail
Diplom-Pflegewirtin Anette Alberternst	Qualitätsmanagementbeauftragte	05821 82-3708	05821 82-1666	a.alberternst@hg-z-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 der Rehabilitationsklinik; 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-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr	Instrument / Maßnahme
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
RM03	Mitarbeiterbefragungen
RM04	Klinisches Notfallmanagement
RM05	Schmerzmanagement



› A-12.2.3

Instrumente und Maßnahmen

Nr	Instrument / Maßnahme
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 und Qualitätszirkel
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
RM18	Entlassungsmanagement

A-12.2.3.1

Einsatz eines einrichtungsweg-internen Fehlermeldesystems

Ja

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:

Hinweisschilder "Achtung! Namensgleichheit!"; Mindestens drei Parameter zur Identifikation eines Patienten: Nachname, Vorname, Geburtsdatum; Stationsärzte sind auch für Patienten anderer Fachdisziplinen zuständig; lose Diagnostik-Befunde werden separat in Umschlägen auf die Station versandt

Nr.	Einrichtungsinternes Fehlermeldesystem
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor 2016-08-25
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen monatlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem bei

A-12.2.3.2

Teilnahme an einrichtungsinternem Fehlermeldesystem

Nein

A-12.3.1

Personal des Krankenhauses: Hygienepersonal

	Anzahl
Krankenhaustygieniker und Krankenhaustygienikerinnen	1 Person
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	5 Personen
Hygienefachkräfte (HFK)	2 Personen
Hygienebeauftragte in der Pflege	9 Personen

Hygienekommission

Eine Hygienekommission wurde eingerichtet	Ja (Tagungsfrequenz der Hygienekommission: monatlich)		
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-12.3.2

A-12.3.2.1

Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor?	Ja
Der Standard thematisiert insbesondere	
a) Hygienische Händedesinfektion	Ja
b) Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	Ja
c) Beachtung der Einwirkzeit	Ja
d) Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:	Ja
sterile Handschuhe	Ja
steriler Kittel	Ja
Kopfhaube	Ja
Mund-Nasen-Schutz	Ja
steriles Abdecktuch	Ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	Ja
Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor?	Ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	Ja

A-12.3.2.2

Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor?	Ja
Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst?	Ja
Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert?	Ja
Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor?	Ja
Der Standard thematisiert insbesondere	
a) Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe	Ja
b) Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage	Ja
c) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaphylaxe?	Ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert?	Ja
Die standardisierte Antibiotikaphylaxe wird bei jedem operierten Patienten und jeder operierten Patientin mittels Checkliste (z.B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft?	Ja

A-12.3.2.3

Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor?	Ja
Der interne Standard thematisiert insbesondere:	
a) Hygienische Händedesinfektion (vor, gegebenenfalls während und nach dem Verbandwechsel	Ja
b) erbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe	Ja
c) Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
d) Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	Ja
e) Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	Ja

A-12.3.2.4

Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde für das Berichtsjahr erhoben?	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen	51,2 ml/Patiententag
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen	32,7 ml/Patiententag
Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen?	Ja

Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)

Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html)?	Ja
Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden).	Ja
Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen?	Ja
Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen?	Ja

A-12.3.2.6

Hygienebezogenes Risikomanagement

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
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.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja

› A-12.4
Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement	Ja/Nein
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja Schriftliche Rückmeldungen werden innerhalb von drei Werktagen bearbeitet. Sollte die Recherche für die Beantwortung längere Zeit in Anspruch nehmen, erhalten die Beschwerdeführer innerhalb von drei Werktagen 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: http://www.hgz-bb.de/service/unternehmen/qualitaetsbericht.html
Ein Patientenführsprecher oder eine Patientenführsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt:	Nein
Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren	Ja Link zu Kontaktformular: http://www.hgz-bb.de/service/unternehmen/qualitaetsmanagement/lob-kritik.html
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
Bachelor of Arts Anna Katharina Hubert	Mitarbeiterin Qualitätsmanagement	05821 82-3709	05821 82-1666	a.hubert@hgz-bb.de

A-13
Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h-Notfall- verfügbarkeit
AA01	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	✓
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	✓
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	✓
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nieren- versagen (Dialyse)	✓
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung	Gerät zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung	✓
AA18	Hochfrequenztherapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elek- trischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	

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/kliniken-im-hgz/klinik-fuer-kardiologie.html

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
VH23	Spezialsprechstunde
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
VI15	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI20	Intensivmedizin
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
VI34	Elektrophysiologie
VI39	Physikalische Therapie
VI40	Schmerztherapie
VI00	Diagnostik und Therapie der Herzinsuffizienz

■ Klinik für Kardiologie

B-1.5

Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	4.026
Teilstationäre Fallzahl	0

B-1.6

Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10 Ziffer*	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I48	858	Vorhofflimmern und Vorhofflattern
2	I20	684	Angina pectoris
3	I50	423	Herzinsuffizienz
4	I21	231	Akuter Myokardinfarkt
5	I10	215	Essentielle (primäre) Hypertonie
6	Z03	158	Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen
7	I47	153	Paroxysmale Tachykardie
8	Z45	142	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes
9	I25	139	Chronische ischämische Herzkrankheit
10	I49	98	Sonstige kardiale Arrhythmien

*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	2.009	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung
2	8-83b	1.161	Zusatzinformationen zu Materialien
3	3-052	1.130	Transösophageale Echokardiographie [TEE]
4	8-930	1.099	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
5	8-837	1.087	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen
6	3-993	874	Quantitative Bestimmung von Parametern
7	3-030	814	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel
8	8-640	597	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus
9	8-933	539	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie
10	1-273	478	Rechtsherz-Katheteruntersuchung

■ 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		Überwachung, Kontrolle und Betreuung von Schrittmacher- und Defi-Patienten
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		Nachbetreuung von komplexen Krankheitsbildern bei Herzinsuffizienz
AM07	Privatambulanz			
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

■ Klinik für Kardiologie

B-1.9

Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301 Ziffer	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-275	33	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung

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)	22,29 Vollkräfte	180,61
davon Fachärzte und Fachärztinnen	10,58 Vollkräfte	380,52
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
AQ30	Innere Medizin und SP Pneumologie
AQ63	Allgemeinmedizin
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin

B-1.11.2

Pflegepersonal

	Anzahl	Fälle je Vollkraft
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	49,61 Vollkräfte	81,15
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	1,83 Vollkräfte	2.200
Medizinische Fachangestellte:	2,42 Vollkräfte	1.663,64

■ Klinik für Kardiologie

› B-1.11.2 Pflegepersonal

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
Nr.	Zusatzqualifikation
ZP08	Kinästhetik
ZP12	Praxisanleitung
ZP16	Wundmanagement

B-1.11.3 therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl	Fälle je Vollkraft
Diplom Psychologen Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden.	0	Vollkräfte
Ergotherapeuten Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden.	0	Vollkräfte
Physiotherapeuten	1,5	Vollkräfte 2684
Sozialpädagogen es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden.	0	Vollkräfte



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/kliniken-im-hgz/klinik-fuer-herz-thorax-chirurgie.html

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

■ Klinik für Herz-Thorax-Chirurgie

B-2.5

Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1.366
Teilstationäre Fallzahl	0

B-2.6

Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10 Ziffer*	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I20	647	Angina pectoris
2	I21	273	Akuter Myokardinfarkt
3	I35	212	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten
4	T82	39	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen
5	I34	36	Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten
6	T81	30	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert
7	I33	21	Akute und subakute Endokarditis
8	I71	16	Aortenaneurysma und -dissektion
9	T84	10	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate
10	I31	9	Sonstige Krankheiten des Perikards

*Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodier Richtlinien

■ Klinik für Herz-Thorax-Chirurgie

B-2.7

Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301 Ziffer	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-361	1.601	Anlegen eines aortokoronaren Bypass
2	5-352	735	Transösophageale Echokardiographie [TEE]
3	5-351	339	Ersatz von Herzklappen durch Prothese
4	3-993	281	Quantitative Bestimmung von Parametern
5	3-992	280	Intraoperative Anwendung der Verfahren
6	3-030	278	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel
7	5-98e	260	Intraoperative Blutflussmessung in Gefäßen
8	5-373	252	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Herzens
9	1-620	234	Diagnostische Tracheobronchoskopie
10	5-384	219	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta

■ 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)	15,03 Vollkräfte	90,88
Davon Fachärzte und Fachärztinnen	6,08 Vollkräfte	224,67

Fachexpertise der Abteilungen

Nr.	Facharztqualifikationen
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ07	Gefäßchirurgie
AQ08	Herzchirurgie
AQ12	Thoraxchirurgie

Nr	Zusatzqualifikation
ZF28	Notfallmedizin

■ Klinik für Herz-Thorax-Chirurgie

B-2.11.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Fälle je Vollkraft
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	64,36 Vollkräfte	21,22
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	1,66 Vollkräfte	822,89
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	0,4 Vollkraft	3415
Medizinische Fachangestellte	2,3 Vollkräfte	593,91

Pflegerische Fachexpertise der Abteilungen

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

Nr	Zusatzqualifikation
ZP08	Kinästhetik
ZP12	Praxisanleitung
ZP14	Schmerzmanagement
ZP16	Wundmanagement

■ Klinik für Herz-Thorax-Chirurgie

B-2.11.3

therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl		Fälle je Vollkraft
Diplom Psychologen Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden.	0	Vollkräfte	
Ergotherapeuten Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden.	0	Vollkräfte	
Physiotherapeuten	2,5	Vollkräfte	546,4



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/kliniken-im-hgz/klinik-fuer-gefaesschirurgie.html

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
VC16	Aortenaneurysmachirurgie
VC17	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
VC20	Nierenchirurgie
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
VC30	Septische Knochenchirurgie
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
VC58	Spezialsprechstunde
VC61	Dialyseshuntchirurgie
VC62	Portimplantation
VC63	Amputationschirurgie
VO15	Fußchirurgie

■ Gefäßzentrum – Klinik für Gefäßchirurgie

B-3.5

Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Stationäre Fallzahl	1050
Teilstationäre Fallzahl	0

B-3.6

Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10 Ziffer*	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I70	310	Atherosklerose
2	I71	192	Aortenaneurysma und -dissektion
3	I65	156	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt
4	E11	85	Diabetes mellitus, Typ 2
5	I72	43	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion
6	I74	39	Arterielle Embolie und Thrombose
7	T82	38	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen
8	N18	29	Chronische Nierenkrankheit
9	T81	23	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert
10	I77	10	Sonstige Krankheiten der Arterien und Arteriolen

*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	3-606	667	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten
2	3-605	522	Arteriographie der Gefäße des Beckens
3	5-381	443	Enderarteriektomie
4	8-836	432	Perkutan-transluminale Gefäßintervention
5	5-380	315	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen
6	3-604	287	Arteriographie der Gefäße des Abdomens
7	5-395	233	Patchplastik an Blutgefäßen
8	5-930	231	Art des Transplantates
9	5-983	225	Reoperation
10	8-83b	220	Zusatzinformationen zu Materialien

■ 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)	7,12 Vollkräfte	147,47
Davon Fachärzte und Fachärztinnen	7,12 Vollkräfte	147,47

Fachexpertise der Abteilungen

Nr.	Facharztqualifikationen
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ07	Gefäßchirurgie
AQ12	Thoraxchirurgie

Nr.	Zusatzqualifikation
ZF28	Notfallmedizin

■ Gefäßzentrum – Klinik für Gefäßchirurgie

B-3.11.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Fälle je Vollkraft
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	14,82 Vollkräfte	70,85
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	1 Vollkraft	1050
Medizinische Fachangestellte	1,02 Vollkraft	1029,41

Pflegerische Fachexpertise der Abteilungen

Nr.	Fachqualifikationen
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP08	Kinästhetik
ZP12	Praxisanleitung
ZP16	Wundmanagement
ZP20	Palliative Care

■ Gefäßzentrum – Klinik für Gefäßchirurgie

B-3.11.3

therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl	Fälle je Vollkraft
Diplom Psychologen Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden.	0 Vollkräfte	
Ergotherapeuten Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden.	0 Vollkräfte	
Physiotherapeuten	0,5 Vollkräfte	2.100



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 – Gefäßchirurgie

Kontaktdaten

Chefarzt/Chefärztin	PD Dr. med. Hans Krankenberg
Straße und Nummer	Römstedter Straße 25
PLZ und Ort	29549 Bad Bevensen
Telefon	05821 82-1157
Telefax	05821 82-3816
E-Mail	h.krankenberg@hgz-bb.de
Webadresse	www.hgz-bb.de/kliniken-im-hgz/klinik-fuer-angiologie.html

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
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
VC06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI20	Intensivmedizin
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VI27	Spezialsprechstunde
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
VR15	Arteriographie

■ Gefäßzentrum – Klinik für Angiologie

B-4.5

Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Stationäre Fallzahl	838
Teilstationäre Fallzahl	0

B-4.6

Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10 Ziffer*	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I70	458	Atherosklerose
2	E11	125	Diabetes mellitus, Typ 2
3	I89	58	Sonstige nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten
4	I80	46	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis
5	I65	37	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt
6	I83	27	Varizen der unteren Extremitäten
7	A46	23	Erysipel [Wundrose]
8	I74	14	Arterielle Embolie und Thrombose
9	I72	6	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion
10	K55	6	Gefäßkrankheiten des Darmes

*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	3-607	881	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten
2	3-605	616	Arteriographie der Gefäße des Beckens
3	8-836	402	Perkutan-transluminale Gefäßintervention
4	8-83b	382	Zusatzinformationen zu Materialien
5	8-840	272	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents
6	3-604	248	Arteriographie der Gefäße des Abdomens
7	5-385	64	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen
8	3-030	36	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel
9	3-606	28	Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten
10	3-993	24	Quantitative Bestimmung von Parametern

■ 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)	7,77	Vollkräfte	107,85
Davon Fachärzte und Fachärztinnen	4	Vollkräfte	209,5

Fachexpertise der Abteilungen

Nr.	Facharztqualifikationen
AQ23	Innere Medizin
AQ24	Innere Medizin und SP Angiologie
AQ28	Innere Medizin und SP Kardiologie

Nr	Zusatzqualifikation
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin

■ Gefäßzentrum – Klinik für Angiologie

B-4.11.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Fälle je Vollkraft
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	10,35 Vollkräfte	80,97
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	0,65 Vollkraft	1289,23
Medizinische Fachangestellte	1,05 Vollkraft	798,1

Pflegerische Fachexpertise der Abteilungen

Nr.	Fachqualifikationen
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP12	Praxisanleitung
ZP16	Wundmanagement

■ Gefäßzentrum – Klinik für Angiologie

B-4.11.3

therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl	Fälle je Vollkraft
Diplom Psychologen Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden.	0 Vollkräfte	
Ergotherapeuten Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden.	0 Vollkräfte	
Physiotherapeuten	0,5 Vollkräfte	1676



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	29459 Bad Bevensen
Telefon	08521 82-1395
Telefax	05821 82-3816
E-Mail	w.euringer@hgz-bb.de
Webadresse	www.hgz-bb.de/kliniken-im-hgz/klinik-fuer-radiologie.html

Haupt-/Belegabteilung

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

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

■ Gefäßzentrum – Klinik für Radiologie

B-5.5

Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Stationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-5.7

Prozeduren nach OPS

Rang	ICD-10 Ziffer*	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-990	1492	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
2	3-991	1211	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
3	3-225	721	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
4	3-222	669	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
5	3-200	615	Native Computertomographie des Schädels
6	8-836	445	Perkutan-transluminale Gefäßintervention
7	8-83b	352	Zusatzinformationen zu Materialien
8	3-202	229	Native Computertomographie des Thorax
9	8-840	182	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents
10	3-604	166	Arteriographie der Gefäße des Abdomens

*Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

■ 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	5	Perkutan-transluminale Gefäßintervention

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)	3,43 Vollkräfte	
Davon Fachärzte und Fachärztinnen	3,43 Vollkräfte	

Fachexpertise der Abteilungen

Nr.	Facharztqualifikationen
AQ54	Radiologie

B-5.11.3 therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl	Fälle je Vollkraft
Diplom Psychologen Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden.	0 Vollkräfte	
Ergotherapeuten Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden.	0 Vollkräfte	



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/kliniken-im-hgz/klinik-fuer-anaesthesiologie-und-intensivmedizin.html

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
VI20	Intensivmedizin
VI40	Schmerztherapie
VI42	Transfusionsmedizin
VI00	erologisches Labor/ Eigenblutspende/ Blutdepot
VI00	Narkosen

B-6.5

Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Stationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

■ Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

B-6.7 Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301 Ziffer	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-800	1.686	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
2	8-980	1.567	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
3	8-812	825	Transfusion von Plasma und anderen Plasmaproteinen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen
4	8-701	470	Einfache endotracheale Intubation
5	8-854	394	Hämodialyse
6	8-810	181	Transfusion von Plasmaproteinen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen
7	8-831	131	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
8	6-002	96	Applikation von Medikamenten, Liste 2
9	8-855	81	Hämodiafiltration
10	8-857	70	Peritonealdialyse

■ 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)	15,39 Vollkräfte	0
Davon Fachärzte und Fachärztinnen	8,14 Vollkräfte	0

Fachexpertise der Abteilungen

Nr.	Facharztqualifikationen
AQ01	Anästhesiologie
AQ59	Transfusionsmedizin

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden –
ZF28	Notfallmedizin

■ Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

B-6.11.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Fälle je Vollkraft
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	9,17 Vollkräfte	0
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	2 Vollkräfte	0
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	5,5 Vollkräfte	0

Pflegerische Fachexpertise der Abteilungen

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

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP03	Kinästhetik
ZP12	Praxisanleitung
ZP14	Schmerzmanagement

■ Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

B-6.11.3

therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl	Fälle je Vollkraft
Diplom Psychologen Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden.	0	Vollkräfte
Ergotherapeuten Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden.	0	Vollkräfte

Qualitätssicherung



C-1

Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %
Ambulant erworbene Pneumonie	19	100
Herzchirurgie	796	
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	40	100
Herzschrittmacher-Implantation	233	100
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	61	100
Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	<4	
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel	64	100
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	78	100
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	58	100
Karotis-Revaskularisation	206	100
Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation	37	97,3
Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation	27	100
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	1788	100
Pflege: Dekubitusprophylaxe	74	100

C-1.2

Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

(1) Leistungsbereich	(2) Qualitätsindikator (3) Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	(4) Empirisch-statistische Bewertung
(1) Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	(2) Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus (3) nein	(4) gut
(1) Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	(2) Sterblichkeit während des Krankenhausaufent- halts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundes- durchschnitt (3) nein	(4) gut
(1) Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	(2) Behandlung der Lungenentzündung mit Anti- biotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (3) nein	(4) gut
(1) Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	(2) Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lun- genentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (ausschließlich aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten) (3) nein	(4) mäßig
(1) Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	(2) Feststellung des ausreichenden Gesundheits- zustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung (3) nein	(4) gut
(1) Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	(2) Sterblichkeit während des Krankenhausaufent- halts (3) nein	(4) gut
(1) Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	(2) Frühes Mobilisieren von Patienten mit mittlerem Risiko innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme (3) nein	(4) gut

(5) Bundesdurchschnitt (6) Referenzbereich (bundesweit) (7) Vertrauensbereich (bundesweit)	(8) Grundgesamtheit/Beobachtet/ Erwartet (9) Ergebnis (Einheit) (10) Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr (11) Vertrauensbereich (Krankenhaus)	(12) Ergebnis im Berichtsjahr (13) Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr
(5) 95,72 (6) >= 95,00 % (Zielbereich) (7) 95,64 / 95,79	(8) 19 / 18 / - (9) 94,74 (10) unverändert (11) 75,36 / 99,06	(12) H20 (13) eingeschränkt / nicht vergleichbar
(5) 1,03 (6) <= 1,58 (95. Perzentil, Toleranzbereich) (7) 1,02 / 1,04	(8) < 4 / - / - (9) - (10) eingeschränkt / nicht vergleichbar (11) - / -	(12) R10 (13) eingeschränkt / nicht vergleichbar
(5) 95,55 (6) >= 90,00 % (Zielbereich) (7) 95,47 / 95,63	(8) 16 / 16 / - (9) 100,00 (10) unverändert (11) 80,64 / 100,00	(12) R10 (13) unverändert
(5) 96,16 (6) Nicht definiert (7) 95,79 / 96,50	(8) < 4 / - / - (9) - (10) unverändert (11) - / -	(12) N02 (13) eingeschränkt / nicht vergleichbar
(5) 95,20 (6) >= 95,00 % (Zielbereich) (7) 95,10 / 95,29	(8) 14 / 14 / - (9) 100,00 (10) unverändert (11) 78,47 / 100,00	(12) R10 (13) unverändert
(5) 13,25 (6) Nicht definiert (7) 13,12 / 13,37	(8) < 4 / - / - (9) - (10) unverändert (11) - / -	(12) N02 (13) eingeschränkt / nicht vergleichbar
(5) 93,26 (6) >= 90,00 % (Zielbereich) (7) 93,13 / 93,40	(8) 15 / 13 / - (9) 86,67 (10) unverändert (11) 62,12 / 96,26	(12) H20 (13) eingeschränkt / nicht vergleichbar

› C-1.2

Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

(1) Leistungsbereich	(2) Qualitätsindikator (3) Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	(4) Empirisch-statistische Bewertung
(1) Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	(2) Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten) (3) nein	(4) mäßig
(1) Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	(2) Ausreichender Gesundheitszustand nach bestimmten Kriterien bei Entlassung (3) nein	(4) schwach
(1) Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	(2) Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (3) nein	(4) mäßig
(1) Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	(2) Frühes Mobilisieren von Patienten mit geringem Risiko innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme (3) nein	(4) schwach
(1) Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	(2) Fortlaufende Kontrolle der Lungenentzündung mittels Erhebung von Laborwerten (CRP oder PCT) während der ersten 5 Tage (3) nein	(4) mäßig
(1) Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)	(2) Sterblichkeit während des Krankenhausaufent- halts – ohne Notfalloperation (3) nein	(4) mäßig
(1) Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)	(2) Sterblichkeit während des Krankenhausaufent- halts (3) nein	(4) mäßig

(5) Bundesdurchschnitt (6) Referenzbereich (bundesweit) (7) Vertrauensbereich (bundesweit)	(8) Grundgesamtheit/Beobachtet/ Erwartet (9) Ergebnis (Einheit) (10) Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr (11) Vertrauensbereich (Krankenhaus)	(12) Ergebnis im Berichtsjahr (13) Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr
(5) 98,25 (6) Nicht definiert (7) 98,20 / 98,30	(8) 16 / 16 / - (9) 100,00 (10) unverändert (11) 80,64 / 100,00	(12) N02 (13) eingeschränkt/ nicht vergleichbar
(5) 97,83 (6) >= 95,00 % (Zielbereich) (7) 97,76 / 97,90	(8) 14 / 14 / - (9) 100,00 (10) unverändert (11) 78,47 / 100,00	(12) R10 (13) unverändert
(5) 98,17 (6) >= 95,00 % (Zielbereich) (7) 98,12 / 98,22	(8) 19 / 19 / - (9) 100,00 (10) unverändert (11) 83,18 / 100,00	(12) R10 (13) unverändert
(5) 97,35 (6) >= 95,00 % (Zielbereich) (7) 97,18 / 97,50	(8) < 4 / - / - (9) - (10) unverändert (11) - / -	(12) R10 (13) unverändert
(5) 98,73 (6) >= 95,00 % (Zielbereich) (7) 98,68 / 98,78	(8) 19 / 19 / - (9) 100,00 (10) unverändert (11) 83,18 / 100,00	(12) R10 (13) unverändert
(5) 3,62 (6) Nicht definiert (7) 3,33 / 3,92	(8) < 4 / - / - (9) - (10) eingeschränkt / nicht vergleichbar (11) - / -	(12) N02 (13) eingeschränkt / nicht vergleichbar
(5) 3,86 (6) Nicht definiert (7) 3,57 / 4,17	(8) < 4 / - / - (9) - (10) eingeschränkt / nicht vergleichbar (11) - / -	(12) N02 (13) eingeschränkt / nicht vergleichbar



› C-1.2

Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

(1) Leistungsbereich	(2) Qualitätsindikator (3) Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	(4) Empirisch-statistische Bewertung
(1) Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)	(2) Sterblichkeit 30 Tage nach Operation (3) nein	(4) mäßig
(1) Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)	(2) Sterblichkeit während des Krankenhausaufent- halts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundes durchschnitt (3) nein	(4) gut
(1) Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)	(2) Komplikationen während des Eingriffs (3) nein	(4) gut
(1) Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)	(2) Entscheidung zum Ersatz der Aorten-Herz- klappe (mittels Herzkatheter) anhand bestimm- ter Kriterien (3) nein	(4) gut
(1) Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)	(2) Entscheidung zum Ersatz der Aorten-Herz- klappe (mittels Herzkatheter) anhand bestimm- ter Kriterien (3) nein	(4) gut
(1) Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)	(2) Vorliegen von Informationen 30 Tage nach der Operation darüber, ob der Patient verstorben ist oder lebt (3) nein	(4) gut
(1) Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)	(2) Komplikationen an den Gefäßen (3) nein	(4) gut

(5) Bundesdurchschnitt (6) Referenzbereich (bundesweit) (7) Vertrauensbereich (bundesweit)	(8) Grundgesamtheit/Beobachtet/ Erwartet (9) Ergebnis (Einheit) (10) Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr (11) Vertrauensbereich (Krankenhaus)	(12) Ergebnis im Berichtsjahr (13) Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr
(5) 4,66 (6) Nicht definiert (7) 4,17 / 5,21	(8) 61 / 4 / - (9) 6,56 (10) eingeschränkt / nicht vergleichbar (11) 2,58 / 15,68	(12) N02 (13) eingeschränkt / nicht vergleichbar
(5) 0,86 (6) <= 2,51 (95. Perzentil, Toleranzbereich) (7) 0,79 / 0,93	(8) < 4 / - / - (9) - (10) eingeschränkt / nicht vergleichbar (11) - / -	(12) R10 (13) unverändert
(5) 3,05 (6) <= 7,25 % (95. Perzentil, Toleranzbereich) (7) 2,79 / 3,33	(8) < 4 / - / - (9) - (10) eingeschränkt / nicht vergleichbar (11) - / -	(12) R10 (13) unverändert
(5) 76,69 (6) Nicht definiert (7) 76 / 77,36	(8) 60 / 48 / - (9) 80,00 (10) eingeschränkt / nicht vergleichbar (11) 68,22 / 88,17	(12) N02 (13) eingeschränkt / nicht vergleichbar
(5) 84,45 (6) >= 85,00 % (Toleranzbereich) (7) 83,87 / 85,02	(8) 60 / 52 / - (9) 86,67 (10) eingeschränkt / nicht vergleichbar (11) 75,83 / 93,09	(12) R10 (13) unverändert
(5) 71,02 (6) Nicht definiert (7) 70,3 / 71,73	(8) 61 / 61 / - (9) 100,00 (10) eingeschränkt / nicht vergleichbar (11) 94,08 / 100,00	(12) N02 (13) eingeschränkt / nicht vergleichbar
(5) 8,61 (6) <= 22,78 % (95. Perzentil, Toleranzbereich) (7) 8,18 / 9,07	(8) 61 / 4 / - (9) 6,56 (10) eingeschränkt / nicht vergleichbar (11) 2,58 / 15,68	(12) R10 (13) unverändert



› C-1.2

Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

(1) Leistungsbereich	(2) Qualitätsindikator (3) Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	(4) Empirisch-statistische Bewertung
(1) Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)	(2) Sterblichkeit 30 Tage nach Operation (3) nein	(4) mäßig
(1) Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)	(2) Sterblichkeit während des Krankenhausaufent- halts – ohne Notfalloperation (3) nein	(4) mäßig
(1) Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)	(2) Komplikationen während des Eingriffs (3) nein	(4) schwach
(1) Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)	(2) Vorliegen von Informationen 30 Tage nach der Operation darüber, ob der Patient verstorben ist oder lebt (3) nein	(4) gut
(1) Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)	(2) Sterblichkeit während des Krankenhausaufent- halts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundes- durchschnitt (3) nein	(4) mäßig
(1) Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)	(2) Sterblichkeit während des Krankenhausaufent- halts (3) nein	(4) mäßig
(1) Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	(2) Sterblichkeit während des Krankenhausaufent- halts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurch- schnitt (3) nein	(4) schwach

(5) Bundesdurchschnitt (6) Referenzbereich (bundesweit) (7) Vertrauensbereich (bundesweit)	(8) Grundgesamtheit/Beobachtet/ Erwartet (9) Ergebnis (Einheit) (10) Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr (11) Vertrauensbereich (Krankenhaus)	(12) Ergebnis im Berichtsjahr (13) Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr
(5) 2,89 (6) Nicht definiert (7) 2,46 / 3,38	(8) < 4 / - / - (9) - (10) eingeschränkt / nicht vergleichbar (11) - / -	(12) N02 (13) eingeschränkt / nicht vergleichbar
(5) 2,38 (6) Nicht definiert (7) 2,09 / 2,72	(8) 39 / 0 / - (9) 0,00 (10) eingeschränkt / nicht vergleichbar (11) 0,00 / 8,97	(12) N01 (13) eingeschränkt / nicht vergleichbar
(5) 0,72 (6) <= 2,71 % (95. Perzentil, Toleranzbereich) (7) 0,57 / 0,91	(8) 40 / 0 / - (9) 0,00 (10) eingeschränkt / nicht vergleichbar (11) 0,00 / 8,76	(12) N01 (13) unverändert
(5) 77,74 (6) Nicht definiert (7) 76,89 / 78,57	(8) 40 / 40 / - (9) 100,00 (10) eingeschränkt / nicht vergleichbar (11) 91,24 / 100,00	(12) N02 (13) eingeschränkt / nicht vergleichbar
(5) 1,16 (6) <= 2,22 (90. Perzentil, Toleranzbereich) (7) 1,03 / 1,3	(8) < 4 / - / - (9) - (10) eingeschränkt / nicht vergleichbar (11) - / -	(12) R10 (13) unverändert
(5) 2,99 (6) Nicht definiert (7) 2,67 / 3,36	(8) < 4 / - / - (9) - (10) eingeschränkt / nicht vergleichbar (11) - / -	(12) N02 (13) eingeschränkt / nicht vergleichbar
(5) 0,93 (6) <= 3,74 (95. Perzentil, Toleranzbereich) (7) 0,88 / 0,99	(8) 233 / 4 / 4,21 (9) 0,95 (10) eingeschränkt / nicht vergleichbar (11) 0,37 / 2,39	(12) R10 (13) unverändert

› C-1.2

Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

(1) Leistungsbereich	(2) Qualitätsindikator (3) Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	(4) Empirisch-statistische Bewertung
(1) Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	(2) Komplikationen während oder aufgrund der Operation (3) nein	(4) schwach
(1) Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	(2) Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausgangs der Sonden (3) nein	(4) gut
(1) Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	(2) Dauer der Operation (3) nein	(4) mäßig
(1) Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	(2) Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde (3) nein	(4) mäßig
(1) Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	(2) Sterblichkeit während des Krankenhausaufent- halts (3) nein	(4) mäßig
(1) Erstmaliges Einsetzen eines Schockge- bers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	(2) Sterblichkeit während des Krankenhausaufent- halts (3) nein	(4) schwach
(1) Erstmaliges Einsetzen eines Schockge- bers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	(2) Komplikationen während oder aufgrund der Operation (3) nein	(4) schwach
(1) Erstmaliges Einsetzen eines Schockge- bers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	(2) Beachten der Leitlinien bei der Auswahl eines Schockgebers (3) nein	(4) gut

(5) Bundesdurchschnitt (6) Referenzbereich (bundesweit) (7) Vertrauensbereich (bundesweit)	(8) Grundgesamtheit/Beobachtet/ Erwartet (9) Ergebnis (Einheit) (10) Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr (11) Vertrauensbereich (Krankenhaus)	(12) Ergebnis im Berichtsjahr (13) Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr
(5) 0,88 (6) <= 2,00 % (Toleranzbereich) (7) 0,81 / 0,95	(8) < 4 / - / - (9) - (10) unverändert (11) - / -	(12) R10 (13) unverändert
(5) 95,34 (6) >= 90,00 % (Toleranzbereich) (7) 95,26 / 95,42	(8) 840 / 795 / - (9) 94,64 (10) unverändert (11) 92,91 / 95,97	(12) R10 (13) unverändert
(5) 86,35 (6) >= 60,00 % (Toleranzbereich) (7) 86,10 / 86,59	(8) 228 / 196 / - (9) 85,96 (10) unverändert (11) 80,86 / 89,88	(12) R10 (13) unverändert
(5) 1,50 (6) <= 3,00 % (Toleranzbereich) (7) 1,42 / 1,59	(8) < 4 / - / - (9) - (10) unverändert (11) - / -	(12) R10 (13) unverändert
(5) 1,38 (6) Nicht definiert (7) 1,30 / 1,46	(8) 233 / 4 / - (9) 1,72 (10) unverändert (11) 0,67 / 4,33	(12) N02 (13) eingeschränkt / nicht vergleichbar
(5) 0,61 (6) Nicht definiert (7) 0,52 / 0,70	(8) 78 / 0 / - (9) 0,00 (10) unverändert (11) 0,00 / 4,69	(12) N02 (13) eingeschränkt / nicht vergleichbar
(5) 0,80 (6) <= 2,00 % (Toleranzbereich) (7) 0,71 / 0,91	(8) 78 / 0 / - (9) 0,00 (10) unverändert (11) 0,00 / 4,69	(12) R10 (13) unverändert
(5) 94,53 (6) >= 90,00 % (Zielbereich) (7) 94,27 / 94,78	(8) 78 / 73 / - (9) 93,59 (10) eingeschränkt / nicht vergleichbar (11) 85,86 / 97,23	(12) R10 (13) unverändert



› C-1.2

Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

(1) Leistungsbereich	(2) Qualitätsindikator (3) Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	(4) Empirisch-statistische Bewertung
(1) Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	(2) Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Schockgebers (3) nein	(4) gut
(1) Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	(2) Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde (3) nein	(4) schwach
(1) Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	(2) Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausgangs der Sonden (3) nein	(4) gut
(1) Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	(2) Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (3) nein	(4) schwach
(1) Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	(2) Dauer der Operation (3) nein	(4) mäßig
(1) Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aorten-Herzklappe	(2) Vorliegen von Informationen 30 Tage nach der Operation darüber, ob der Patient verstorben ist oder lebt (3) nein	(4) gut
(1) Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aorten-Herzklappe	(2) Sterblichkeit 30 Tage nach Operation (3) nein	(4) gut

(5) Bundesdurchschnitt (6) Referenzbereich (bundesweit) (7) Vertrauensbereich (bundesweit)	(8) Grundgesamtheit/Beobachtet/ Erwartet (9) Ergebnis (Einheit) (10) Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr (11) Vertrauensbereich (Krankenhaus)	(12) Ergebnis im Berichtsjahr (13) Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr
(5) 93,82 (6) >= 90,00 % (Zielbereich) (7) 93,54 / 94,08	(8) 78 / 78 / - (9) 100,00 (10) eingeschränkt / nicht vergleichbar (11) 95,31 / 100,00	(12) R10 (13) unverändert
(5) 0,77 (6) <= 3,00 % (Toleranzbereich) (7) 0,67 / 0,87	(8) < 4 / - / - (9) - (10) unverändert (11) - / -	(12) R10 (13) unverändert
(5) 95,15 (6) >= 90,00 % (Toleranzbereich) (7) 95,01 / 95,28	(8) 273 / 260 / - (9) 95,24 (10) unverändert (11) 92,02 / 97,20	(12) R10 (13) unverändert
(5) 0,97 (6) <= 7,28 (95. Perzentil, Toleranzbereich) (7) 0,84 / 1,12	(8) 78 / 0 / 0,70 (9) 0,00 (10) eingeschränkt / nicht vergleichbar (11) 0,00 / 5,27	(12) R10 (13) unverändert
(5) 88,03 (6) >= 60,00 % (Toleranzbereich) (7) 87,65 / 88,40	(8) 78 / 68 / - (9) 87,18 (10) unverändert (11) 77,98 / 92,88	(12) R10 (13) unverändert
(5) 79,2 (6) Nicht definiert (7) 78,17 / 80,19	(8) 77 / 77 / - (9) 100,00 (10) eingeschränkt / nicht vergleichbar (11) 95,25 / 100,00	(12) N02 (13) eingeschränkt / nicht vergleichbar
(5) 5 (6) Nicht definiert (7) 4,31 / 5,79	(8) 77 / 6 / - (9) 7,79 (10) eingeschränkt / nicht vergleichbar (11) 3,62 / 15,98	(12) N02 (13) eingeschränkt / nicht vergleichbar



› C-1.2

Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

(1) Leistungsbereich	(2) Qualitätsindikator (3) Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	(4) Empirisch-statistische Bewertung
(1) Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aorten-Herzklappe	(2) Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts (3) nein	(4) gut
(1) Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aorten-Herzklappe	(2) Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (3) nein	(4) gut
(1) Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aorten-Herzklappe	(2) Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – ohne Notfalloperation (3) nein	(4) gut
(1) Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)	(2) Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – ohne Notfalloperation (3) nein	(4) gut
(1) Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)	(2) Vorliegen von Informationen 30 Tage nach der Operation darüber, ob der Patient verstorben ist oder lebt (3) nein	(4) gut
(1) Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)	(2) Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts (3) nein	(4) gut
(1) Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)	(2) Sterblichkeit 30 Tage nach Operation (3) nein	(4) gut
(1) Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)	(2) Verwendung der linksseitigen Brustwandarterie als Umgehungsgefäß (sog. Bypass) (3) nein	(4) gut

(5) Bundesdurchschnitt (6) Referenzbereich (bundesweit) (7) Vertrauensbereich (bundesweit)	(8) Grundgesamtheit/Beobachtet/ Erwartet (9) Ergebnis (Einheit) (10) Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr (11) Vertrauensbereich (Krankenhaus)	(12) Ergebnis im Berichtsjahr (13) Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr
(5) 5,27 (6) Nicht definiert (7) 4,74 / 5,86	(8) 77 / 8 / - (9) 10,39 (10) eingeschränkt / nicht vergleichbar (11) 5,36 / 19,18	(12) N02 (13) eingeschränkt / nicht vergleichbar
(5) 1,16 (6) <= 2,11 (90. Perzentil, Toleranzbereich) (7) 1,04 / 1,29	(8) 77 / 8 / 3 (9) 2,43 (10) unverändert (11) 1,25 / 4,48	(12) U32 (13) unverändert
(5) 4,42 (6) Nicht definiert (7) 3,92 / 4,97	(8) 75 / 7 / - (9) 9,33 (10) eingeschränkt / nicht vergleichbar (11) 4,59 / 18,03	(12) N02 (13) eingeschränkt / nicht vergleichbar
(5) 1,85 (6) Nicht definiert (7) 1,71 / 2	(8) 495 / 8 / - (9) 1,62 (10) eingeschränkt / nicht vergleichbar (11) 0,82 / 3,16	(12) N02 (13) eingeschränkt / nicht vergleichbar
(5) 75,79 (6) Nicht definiert (7) 75,35 / 76,21	(8) 588 / 588 / - (9) 100,00 (10) eingeschränkt / nicht vergleichbar (11) 99,35 / 100,00	(12) N02 (13) eingeschränkt / nicht vergleichbar
(5) 2,9 (6) Nicht definiert (7) 2,73 / 3,07	(8) 588 / 19 / - (9) 3,23 (10) eingeschränkt / nicht vergleichbar (11) 2,08 / 4,99	(12) N02 (13) eingeschränkt / nicht vergleichbar
(5) 3,14 (6) Nicht definiert (7) 2,91 / 3,39	(8) 588 / 22 / - (9) 3,74 (10) eingeschränkt / nicht vergleichbar (11) 2,48 / 5,60	(12) N02 (13) eingeschränkt / nicht vergleichbar
(5) 94,81 (6) >= 90,00 % (Zielbereich) (7) 94,57 / 95,05	(8) 495 / 464 / - (9) 93,74 (10) eingeschränkt / nicht vergleichbar (11) 91,25 / 95,55	(12) R10 (13) unverändert

› C-1.2

Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

(1) Leistungsbereich	(2) Qualitätsindikator (3) Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	(4) Empirisch-statistische Bewertung
(1) Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)	(2) Sterblichkeit während des Krankenhausaufent- halts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundes- durchschnitt (3) nein	(4) gut
(1) Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers	(2) Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden (3) nein	(4) schwach
(1) Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers	(2) Entscheidung zur erneuten Operation aufgrund einer Infektion (3) ja	(4) schwach
(1) Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers	(2) Entscheidung zur erneuten Operation aufgrund technischer Probleme mit dem Herzschritt- macher (3) nein	(4) schwach
(1) Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers	(2) Entscheidung zur erneuten Operation aufgrund eines Problems, das im Zusammenhang mit dem Eingriff steht (Problem mit der Schritt- machersonde oder an der Gewebetasche) (3) nein	(4) mäßig
(1) Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Be- handlung von Herzrhythmusstörungen	(2) Komplikationen während oder aufgrund der Operation (3) nein	(4) schwach
(1) Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Be- handlung von Herzrhythmusstörungen	(2) Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden (3) nein	(4) schwach

(5) Bundesdurchschnitt (6) Referenzbereich (bundesweit) (7) Vertrauensbereich (bundesweit)	(8) Grundgesamtheit/Beobachtet/ Erwartet (9) Ergebnis (Einheit) (10) Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr (11) Vertrauensbereich (Krankenhaus)	(12) Ergebnis im Berichtsjahr (13) Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr
(5) 1,05 (6) <= 2,04 (90. Perzentil, Toleranzbereich) (7) 0,99 / 1,12	(8) 583 / 19 / 19 (9) 0,95 (10) eingeschränkt / nicht vergleichbar (11) 0,61 / 1,47	(12) N01 (13) unverändert
(5) 0,86 (6) <= 3,00 % (Toleranzbereich) (7) 0,69 / 1,09	(8) < 4 / - / - (9) - (10) unverändert (11) - / -	(12) R10 (13) unverändert
(5) 0,28 (6) <= 1,00 % (Toleranzbereich) (7) 0,24 / 0,31	(8) < 4 / - / - (9) - (10) unverändert (11) - / -	(12) R10 (13) unverändert
(5) 0,98 (6) <= 3,70 % (95. Perzentil, Toleranzbereich) (7) 0,92 / 1,05	(8) < 4 / - / - (9) - (10) eingeschränkt / nicht vergleichbar (11) - / -	(12) R10 (13) unverändert
(5) 3,20 (6) <= 6,00 % (Toleranzbereich) (7) 3,09 / 3,32	(8) 273 / 11 / - (9) 4,03 (10) unverändert (11) 2,26 / 7,07	(12) R10 (13) unverändert
(5) 1,14 (6) <= 2,00 % (Toleranzbereich) (7) 0,94 / 1,38	(8) < 4 / - / - (9) - (10) unverändert (11) - / -	(12) R10 (13) unverändert
(5) 0,69 (6) <= 3,00 % (Toleranzbereich) (7) 0,52 / 0,91	(8) 46 / 0 / - (9) 0,00 (10) unverändert (11) 0,00 / 7,71	(12) R10 (13) unverändert

› C-1.2

Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

(1) Leistungsbereich	(2) Qualitätsindikator (3) Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	(4) Empirisch-statistische Bewertung
(1) Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	(2) Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts (3) nein	(4) schwach
(1) Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	(2) Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (3) nein	(4) schwach
(1) Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	(2) Entscheidung zur erneuten Operation aufgrund einer Infektion (3) ja	(4) schwach
(1) Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	(2) Entscheidung zur erneuten Operation aufgrund technischer Probleme mit dem Herzschrittmacher (3) nein	(4) schwach
(1) Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	(2) Entscheidung zur erneuten Operation aufgrund eines Problems, das im Zusammenhang mit dem Eingriff steht (3) nein	(4) mäßig
(1) Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)	(2) Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei alleiniger Herzkatheteruntersuchung – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (3) nein	(4) gut
(1) Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)	(2) Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit durchgeführter Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI) (3) nein	(4) gut

(5) Bundesdurchschnitt (6) Referenzbereich (bundesweit) (7) Vertrauensbereich (bundesweit)	(8) Grundgesamtheit/Beobachtet/ Erwartet (9) Ergebnis (Einheit) (10) Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr (11) Vertrauensbereich (Krankenhaus)	(12) Ergebnis im Berichtsjahr (13) Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr
(5) 1,78 (6) Nicht definiert (7) 1,53 / 2,07	(8) 58 / 5 / - (9) 8,62 (10) unverändert (11) 3,74 / 18,64	(12) N02 (13) eingeschränkt / nicht vergleichbar
(5) 1,01 (6) <= 4,77 (95. Perzentil, Toleranzbereich) (7) 0,87 / 1,18	(8) 58 / 5 / 1,74 (9) 2,88 (10) eingeschränkt / nicht vergleichbar (11) 1,25 / 6,22	(12) R10 (13) unverändert
(5) 0,71 (6) <= 2,48 % (95. Perzentil, Toleranzbereich) (7) 0,63 / 0,80	(8) 142 / 0 / - (9) 0,00 (10) eingeschränkt / nicht vergleichbar (11) 0,00 / 2,63	(12) R10 (13) unverändert
(5) 3,54 (6) <= 8,52 % (95. Perzentil, Toleranzbereich) (7) 3,36 / 3,72	(8) 142 / 9 / - (9) 6,34 (10) unverändert (11) 3,37 / 11,61	(12) R10 (13) unverändert
(5) 3,87 (6) <= 6,00 % (Toleranzbereich) (7) 3,69 / 4,07	(8) < 4 / - / - (9) - (10) unverändert (11) - / -	(12) R10 (13) unverändert
(5) 1,05 (6) <= 2,38 (95. Perzentil, Toleranzbereich) (7) 1,02 / 1,08	(8) 1183 / 19 / 16,90 (9) 1,12 (10) eingeschränkt / nicht vergleichbar (11) 0,72 / 1,75	(12) R10 (13) unverändert
(5) 3,04 (6) Nicht definiert (7) 2,99 / 3,11	(8) 542 / 10 / - (9) 1,85 (10) unverändert (11) 1,01 / 3,36	(12) N02 (13) eingeschränkt / nicht vergleichbar

› C-1.2

Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

(1) Leistungsbereich	(2) Qualitätsindikator (3) Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	(4) Empirisch-statistische Bewertung
(1) Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)	(2) Strahlenbelastung bei einer Herzkatheter- untersuchung (Dosisflächenprodukt über 3.500 cGy*cm ²) (3) nein	(4) gut
(1) Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)	(2) Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI) mit mehr als 200 ml Kontrastmittel (3) nein	(4) mäßig
(1) Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)	(2) Sterblichkeit während des Krankenhausaufent- halts bei alleiniger Herzkatheteruntersuchung (3) nein	(4) gut
(1) Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)	(2) Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranz- gefäße (sog. Einzeitig-PCI) mit mehr als 250 ml Kontrastmittel (3) nein	(4) mäßig
(1) Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)	(2) Erreichen des Eingriffsziels bei allen durchge- führten Aufdehnungen (sog. PCI) unter Aus- schluss von Patienten mit Herzinfarkt (3) nein	(4) gut
(1) Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)	(2) Entscheidung zur alleinigen Herzkatheterunter- suchung aufgrund von symptomatischen Beschwerden oder messbaren Durchblutungs- störungen der Herzkranzgefäße (3) nein	(4) gut
(1) Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)	(2) Entscheidung zur alleinigen Herzkatheterunter- suchung: Anteil ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung (3) nein	(4) gut
(1) Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)	(2) Herzkatheteruntersuchung mit mehr als 150 ml Kontrastmittel (3) nein	(4) mäßig

(5) Bundesdurchschnitt (6) Referenzbereich (bundesweit) (7) Vertrauensbereich (bundesweit)	(8) Grundgesamtheit/Beobachtet/ Erwartet (9) Ergebnis (Einheit) (10) Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr (11) Vertrauensbereich (Krankenhaus)	(12) Ergebnis im Berichtsjahr (13) Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr
(5) 18,23 (6) <= 40,38 % (95. Perzentil, Toleranzbereich) (7) 18,12 / 18,34	(8) 1256 / 519 / - (9) 41,32 (10) verschlechtert (11) 38,63 / 44,07	(12) U32 (13) unverändert
(5) 21,74 (6) <= 46,94 % (95. Perzentil, Toleranzbereich) (7) 21,30 / 22,19	(8) 178 / 28 / - (9) 15,73 (10) unverändert (11) 11,11 / 21,80	(12) R10 (13) unverändert
(5) 1,41 (6) Nicht definiert (7) 1,37 / 1,44	(8) 1183 / 19 / - (9) 1,61 (10) unverändert (11) 1,03 / 2,49	(12) N02 (13) eingeschränkt / nicht vergleichbar
(5) 15,54 (6) <= 33,22 % (95. Perzentil, Toleranzbereich) (7) 15,41 / 15,67	(8) 386 / 44 / - (9) 11,40 (10) unverändert (11) 8,60 / 14,96	(12) R10 (13) unverändert
(5) 94,89 (6) >= 89,75 % (5. Perzentil, Toleranzbereich) (7) 94,79 / 94,98	(8) 386 / 377 / - (9) 97,67 (10) verbessert (11) 95,63 / 98,77	(12) R10 (13) unverändert
(5) 54,60 (6) >= 24,18 % (5. Perzentil, Toleranzbereich) (7) 54,41 / 54,78	(8) 823 / 347 / - (9) 42,16 (10) unverändert (11) 38,83 / 45,57	(12) R10 (13) unverändert
(5) 32,23 (6) Nicht definiert (7) 32,00 / 32,45	(8) 442 / 141 / - (9) 31,90 (10) unverändert (11) 27,73 / 36,39	(12) N02 (13) eingeschränkt / nicht vergleichbar
(5) 7,11 (6) <= 17,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich) (7) 7,04 / 7,19	(8) 1260 / 109 / - (9) 8,65 (10) unverändert (11) 7,22 / 10,33	(12) R10 (13) unverändert



› C-1.2

Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

(1) Leistungsbereich	(2) Qualitätsindikator (3) Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	(4) Empirisch-statistische Bewertung
(1) Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)	(2) Erfolgreiche Aufdehnung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt innerhalb von 24 Stunden nach Diagnose (sog. PCI) (3) nein	(4) gut
(1) Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)	(2) Strahlenbelastung bei einer Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI mit Dosisflächen- produkt über 6.000 cGy*cm ²) (3) nein	(4) gut
(1) Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)	(2) Sterblichkeit während des Krankenhausaufent- halts bei Patienten mit durchgeführter Aufdeh- nung der Herzkranzgefäße (sog. PCI) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheits- fälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (3) nein	(4) gut
(1) Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)	(2) Strahlenbelastung bei Untersuchung und Auf- dehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig- PCI mit Dosisflächenprodukt über 8.000 cGy*cm ²) (3) nein	(4) gut
(1) Vorbeugung eines Druckgeschwürs	(2) Anzahl der Patienten, die während des Kranken- hausaufenthalts mindestens ein Druckge- schwür erwarben - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (3) nein	(4) gut
(1) Vorbeugung eines Druckgeschwürs	(2) Anzahl der Patienten, die während des Kranken- hausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 3. Grades / der Kategorie 3 erwarben (3) nein	(4) gut
(1) Vorbeugung eines Druckgeschwürs	(2) Anzahl der Patienten, die während des Kranken- hausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 4. Grades / der Kategorie 4 erwarben (3) nein	(4) mäßig

(5) Bundesdurchschnitt (6) Referenzbereich (bundesweit) (7) Vertrauensbereich (bundesweit)	(8) Grundgesamtheit/Beobachtet/ Erwartet (9) Ergebnis (Einheit) (10) Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr (11) Vertrauensbereich (Krankenhaus)	(12) Ergebnis im Berichtsjahr (13) Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr
(5) 90,83 (6) >= 80,56 % (5. Perzentil, Toleranzbereich) (7) 90,56 / 91,09	(8) 56 / 55 / - (9) 98,21 (10) unverändert (11) 90,55 / 99,68	(12) R10 (13) unverändert
(5) 23,71 (6) <= 51,89 % (95. Perzentil, Toleranzbereich) (7) 23,25 / 24,17	(8) 178 / 57 / - (9) 32,02 (10) unverändert (11) 25,61 / 39,19	(12) R10 (13) unverändert
(5) 1,00 (6) <= 2,05 (95. Perzentil, Toleranzbereich) (7) 0,98 / 1,02	(8) 526 / 10 / 10,00 (9) 1,00 (10) eingeschränkt / nicht vergleichbar (11) 0,55 / 1,82	(12) R10 (13) unverändert
(5) 17,26 (6) <= 40,55 % (95. Perzentil, Toleranzbereich) (7) 17,13 / 17,40	(8) 386 / 145 / - (9) 37,56 (10) verschlechtert (11) 32,88 / 42,50	(12) R10 (13) unverändert
(5) 0,99 (6) <= 2,11 (95. Perzentil, Toleranzbereich) (7) 0,98 / 0,99	(8) 7409 / 33 / 56,29 (9) 0,59 (10) unverändert (11) 0,42 / 0,82	(12) R10 (13) unverändert
(5) 0,06 (6) Nicht definiert (7) 0,06 / 0,07	(8) 7409 / 7 / - (9) 0,09 (10) unverändert (11) 0,05 / 0,19	(12) N02 (13) eingeschränkt / nicht vergleichbar
(5) 0,01 (6) Sentinel-Event (7) 0,01 / 0,01	(8) 7409 / 0 / - (9) 0,00 (10) unverändert (11) 0,00 / 0,05	(12) R10 (13) unverändert



› C-1.2

Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

(1) Leistungsbereich	(2) Qualitätsindikator (3) Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	(4) Empirisch-statistische Bewertung
(1) Vorbeugung eines Druckgeschwürs	(2) Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 2. Grades / der Kategorie 2 erwarben (3) nein	(4) gut
(1) Vorbeugung eines Druckgeschwürs	(2) Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür erwarben (3) nein	(4) gut
(1) Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)	(2) Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausschlags der Sonden (3) nein	(4) mäßig
(1) Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)	(2) Dauer der Operation bis 60 Minuten (3) nein	(4) schwach
(1) Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)	(2) Komplikationen während oder aufgrund der Operation (3) nein	(4) schwach
(1) Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)	(2) Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausschlags der Sonden (3) nein	(4) mäßig
(1) Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)	(2) Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts (3) nein	(4) schwach

(5) Bundesdurchschnitt (6) Referenzbereich (bundesweit) (7) Vertrauensbereich (bundesweit)	(8) Grundgesamtheit/Beobachtet/ Erwartet (9) Ergebnis (Einheit) (10) Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr (11) Vertrauensbereich (Krankenhaus)	(12) Ergebnis im Berichtsjahr (13) Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr
(5) 0,32 (6) Nicht definiert (7) 0,32 / 0,33	(8) 7409 / 26 / - (9) 0,35 (10) unverändert (11) 0,24 / 0,51	(12) N02 (13) eingeschränkt / nicht vergleichbar
(5) 0,40 (6) Nicht definiert (7) 0,39 / 0,40	(8) 7409 / 33 / - (9) 0,45 (10) unverändert (11) 0,32 / 0,62	(12) N02 (13) eingeschränkt / nicht vergleichbar
(5) 96,32 (6) >= 95,00 % (Toleranzbereich) (7) 96,18 / 96,45	(8) 215 / 207 / - (9) 96,28 (10) unverändert (11) 92,83 / 98,10	(12) R10 (13) eingeschränkt / nicht vergleichbar
(5) 93,77 (6) >= 60,00 % (Toleranzbereich) (7) 93,28 / 94,22	(8) 64 / 56 / - (9) 87,50 (10) unverändert (11) 77,23 / 93,53	(12) R10 (13) unverändert
(5) 0,19 (6) <= 1,00 % (Toleranzbereich) (7) 0,12 / 0,29	(8) < 4 / - / - (9) - (10) unverändert (11) - / -	(12) U32 (13) unverändert
(5) 97,53 (6) >= 95,00 % (Toleranzbereich) (7) 97,40 / 97,65	(8) 385 / 384 / - (9) 99,74 (10) unverändert (11) 98,54 / 99,95	(12) R10 (13) unverändert
(5) 0,21 (6) Sentinel-Event (7) 0,14 / 0,32	(8) < 4 / - / - (9) - (10) unverändert (11) - / -	(12) U32 (13) unverändert

› C-1.2

Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

(1) Leistungsbereich	(2) Qualitätsindikator (3) Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	(4) Empirisch-statistische Bewertung
(1) Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader	(2) Entscheidung zur Operation bei einer um 60% verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit (3) nein	(4) mäßig
(1) Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader	(2) Schlaganfall oder Tod nach Operation (mittels Katheter) bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit (3) nein	(4) schwach
(1) Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader	(2) Schlaganfall oder Tod nach Operation bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit und gleichzeitiger Operation zur Überbrückung eines verengten Gefäßes (3) nein	(4) schwach
(1) Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader	(2) Entscheidung zur Operation (mittels Katheter) bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit (3) nein	(4) schwach
(1) Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader	(2) Schwerer Schlaganfall oder Tod nach Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (3) nein	(4) schwach
(1) Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader	(2) Entscheidung zur Operation (mittels Katheter) bei einer um 50 % verengten Halsschlagader und Beschwerden (3) nein	(4) schwach
(1) Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader	(2) Entscheidung zur Operation bei einer um 50% verengten Halsschlagader und Beschwerden (3) nein	(4) mäßig

(5) Bundesdurchschnitt (6) Referenzbereich (bundesweit) (7) Vertrauensbereich (bundesweit)	(8) Grundgesamtheit/Beobachtet/ Erwartet (9) Ergebnis (Einheit) (10) Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr (11) Vertrauensbereich (Krankenhaus)	(12) Ergebnis im Berichtsjahr (13) Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr
(5) 98,27 (6) >= 95,00 % (Zielbereich) (7) 98,04 / 98,47	(8) 138 / 135 / - (9) 97,83 (10) unverändert (11) 93,80 / 99,26	(12) R10 (13) unverändert
(5) 1,58 (6) Nicht definiert (7) 1,16 / 2,15	(8) 7 / 0 / - (9) 0,00 (10) unverändert (11) 0,00 / 35,43	(12) N02 (13) eingeschränkt / nicht vergleichbar
(5) 11,71 (6) Sentinel-Event (7) 8,69 / 15,61	(8) < 4 / - / - (9) - (10) unverändert (11) - / -	(12) U32 (13) eingeschränkt / nicht vergleichbar
(5) 96,99 (6) >= 95,00 % (Zielbereich) (7) 96,32 / 97,55	(8) 10 / 10 / - (9) 100,00 (10) unverändert (11) 72,25 / 100,00	(12) R10 (13) unverändert
(5) 1,03 (6) <= 4,33 (95. Perzentil, Toleranzbereich) (7) 0,92 / 1,15	(8) < 4 / - / - (9) - (10) eingeschränkt / nicht vergleichbar (11) - / -	(12) R10 (13) unverändert
(5) 98,40 (6) >= 95,00 % (Zielbereich) (7) 97,69 / 98,90	(8) < 4 / - / - (9) - (10) eingeschränkt / nicht vergleichbar (11) - / -	(12) R10 (13) eingeschränkt / nicht vergleichbar
(5) 99,04 (6) >= 95,00 % (Zielbereich) (7) 98,82 / 99,22	(8) 33 / 32 / - (9) 96,97 (10) unverändert (11) 84,68 / 99,46	(12) R10 (13) unverändert



› C-1.2

Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

(1) Leistungsbereich	(2) Qualitätsindikator (3) Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	(4) Empirisch-statistische Bewertung
(1) Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader	(2) Schlaganfall oder Tod nach Operation (3) nein	(4) mäßig
(1) Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader	(2) Schlaganfall oder Tod während der Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (3) nein	(4) schwach
(1) Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader	(2) Schwerer Schlaganfall oder Tod nach Operation (3) nein	(4) schwach

(5) Bundesdurchschnitt (6) Referenzbereich (bundesweit) (7) Vertrauensbereich (bundesweit)	(8) Grundgesamtheit/Beobachtet/ Erwartet (9) Ergebnis (Einheit) (10) Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr (11) Vertrauensbereich (Krankenhaus)	(12) Ergebnis im Berichtsjahr (13) Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr
(5) 2,25 (6) Nicht definiert (7) 2,07 / 2,44	(8) < 4 / - / - (9) - (10) eingeschränkt / nicht vergleichbar (11) - / -	(12) N02 (13) eingeschränkt / nicht vergleichbar
(5) 1,06 (6) <= 3,32 (95. Perzentil, Toleranzbereich) (7) 0,97 / 1,15	(8) < 4 / - / - (9) - (10) eingeschränkt / nicht vergleichbar (11) - / -	(12) R10 (13) unverändert
(5) 1,23 (6) Nicht definiert (7) 1,10 / 1,37	(8) < 4 / - / - (9) - (10) eingeschränkt / nicht vergleichbar (11) - / -	(12) N02 (13) eingeschränkt / nicht vergleichbar

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)	43 Personen
Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	36 Personen
Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	34 Personen

* 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)

Qualitätsmanagement



D-1 Qualitätspolitik

In der Mission und der Vision unserer Klinik wurzeln unser Leitbild, unsere Qualitätspolitik sowie unsere Qualitätsziele.

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

- » Wir sind ein integriertes Zentrum für Herz- und Gefäßerkrankungen.
- » Wir bieten Hochleistungsmedizin mit bester Qualität in familiärem Ambiente
- » Wir arbeiten wirtschaftlich und pflegen einen fairen und verantwortungsvollen Umgang miteinander und mit anderen.

Leitbild des Herz- und Gefäßzentrums Bad Bevensen

- » Wir entwickeln das Herz- und Gefäßzentrum Bad Bevensen zum Gesundheitszentrum, das mehr ist als ein Krankenhaus.
- » Ganzheitlich Medizin und Pflege kümmern sich um 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

Strategische Ziele des HGZ

- » Aus-, Erweiterungs- und Umbau sowie Modernisierung der Infrastruktur zur Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit
- » Ausbau von Kooperationen zur Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit
- » Erweiterung des Portfolios zur Sicherung der Existenz und der Wettbewerbsfähigkeit

Operative Ziele des HGZ

- » Auf Basis der im Vorjahr vorangegangenen QM-Ziele werden in allen Bereichen des HGZ jährlich neue Ziele und Maßnahmen für die künftige Arbeit definiert.

D-3 Aufbau des einrichtungswinteren Qualitätsmanagements

Qualitätsmanagement nach DIN EN ISO 9001:2008

Kontinuierliche Verbesserung – der Motor des Qualitätsmanagements

Ein Qualitätsmanagementsystem (QM-System) stellt ein wirkungsvolles Managementinstrument dar, mit dessen Hilfe entscheidende Verbesserungen in der Aufbau- und Ablauforganisation erreicht werden können.

Dafür gibt das QM-System Strukturen vor für

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

Die Beweggründe für ein aktives Qualitätsmanagement sind vielfältig

- » die herausragende Qualität der Patientenversorgung im HGZ soll transparent sein, sowohl intern als auch extern
- » das QM-System eröffnet die Möglichkeit, einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu steuern, um die Patientenversorgung zu optimieren
- » das QM bindet alle Mitarbeiter in die Entwicklung des HGZ ein
- » die Erfüllung gesetzlicher Auflagen zur Weiterentwicklung eines einrichtungswinteren Qualitätsmanagements sowie zur Qualitätssicherung

Ein übergeordnetes Gremium, das Qualitätskernteam (QKT), bestehend aus

- » dem Oberarzt der Klinik für Herz-Thorax-Chirurgie
- » der Oberärztin der Klinik für Kardiologie
- » der leitenden Oberärztin des Gefäßzentrums – Klinik für Gefäßchirurgie
- » dem Oberarzt der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation
- » der stellvertretenden Pflegedirektorin
- » der Hygienefachkraft
- » der Qualitätsmanagementbeauftragten

tagt quartalsweise und tauscht sich zu qualitätsrelevanten Themen aus, wie beispielsweise zu internen Veränderungen, Befragungen, Patientenbeschwerden, internen und externen Vorgaben sowie zu internen und externen Audits.

Unterstützt wird das QKT zur Überprüfung der Einhaltung qualitätssichernder Maßnahmen von internen Auditoren, die jährlich die Bereiche zu unterschiedlichen Fragestellungen auditieren und bewerten.

Darüber hinaus ist das Qualitätsmanagementsystem des HGZ seit 2003 nach DIN EN ISO 9001 zertifiziert. In sogenannten externen Audits wird das QM-System des HGZ durch unabhängige Auditoren hinsichtlich der Erfüllung der Norm-Anforderungen überprüft und bewertet.

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: Interne und externe Qualitätsaudits

Eine Forderung der DIN EN ISO 9001 ist die regelmäßige Durchführung von internen Audits. Diese finden im HGZ jährlich statt und werden in Form von Prozessaudits umgesetzt. 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 bearbeitet. Sich daraus ergebende Verbesserungsmaßnahmen werden besprochen und münden in Verbesserungsprojekte ein.

Critical Incident Reporting System (CIRS)

CIRS ist ein Instrument, um proaktiv Fehler zu vermeiden. Ziel ist es, die Wahrnehmung von kritischen Ereignissen zu schärfen, damit sowohl die Patienten- als auch die Mitarbeitersicherheit gestärkt werden. Mithilfe einer elektronischen Software haben alle MitarbeiterInnen des HGZ die Möglichkeit, Beinahe-Zwischenfälle zu melden. Darunter werden Vorfälle verstanden, die beinahe zu einem Schaden für Patienten oder Mitarbeitern hätten führen können, jedoch rechtzeitig bemerkt wurden. Alle Mitarbeiter können den Status aller Meldungen jederzeit einsehen.

Neben einer CIRS-Vertrauensperson, die alle eingehenden Meldungen anonymisiert und deidentifiziert, besteht das CIRS-Team aus acht Personen, die sich interdisziplinär und interprofessionell zusammensetzen.

Dekubitusprophylaxe

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.

Externe Qualitätssicherung

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

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.

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 und Mitarbeiter 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

In monatlich stattfindenden Morbiditäts- und Mortalitätsbesprechungen werden seitens des Ärztlichen Dienstes retrospektiv und fachübergreifend unerwartet verlaufene Krankheitsverläufe von Patienten betrachtet. 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.

Patientenidentifikationsarmbänder

Zur Sicherstellung der lückenlosen Identifikation und zur Förderung der Patientensicherheit wird allen Patienten bei der stationären Aufnahme im Akut-Haus empfohlen, ein Patientenidentifikationsarmband während des gesamten Krankenhausaufenthaltes zu tragen.

Sturzprophylaxe

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 Messung und Bewertung des Qualitätsmanagements

Die folgenden Qualitätsmessungen dienen dazu, Abläufe im HGZ zu analysieren und zu bewerten:

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.

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.

Dekubitusprophylaxe

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

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.

KISS (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System)

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. 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.

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. Des Weiteren werden retro- und prospektive Projekte in den Abteilungen vorgestellt und diskutiert.

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.

Sturzprophylaxe

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

Impressum

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

Vorstand:

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

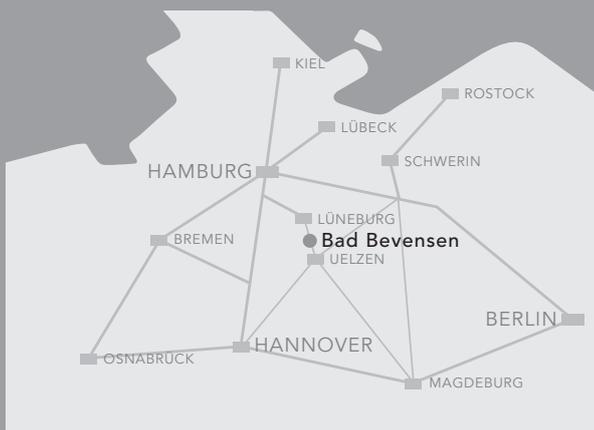
Telefon: 05821 82-0
Telefax: 05821 82-1666

info@hgz-bb.de
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

Partner und unabhängige Qualitätsprüfer des Herz- und Gefäßzentrums Bad Bevensen

