

HGZ – Ihr Zentrum für Herz- und Gefäßmedizin

Qualitätsbericht 2017



Strukturierter Qualitätsbericht
gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 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 | 94 | D Qualitätsmanagement |
| 41 | B-2 Klinik für Herz-Thorax-Chirurgie | | |

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

mit dem vorliegenden Bericht möchte das Herz- und Gefäßzentrum Bad Bevensen (HGZ) Patienten, Zuweisern und anderen Interessierten einen Überblick über seine Einrichtungen und Leistungen geben. Insbesondere Patienten sollen im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung durch die Veröffentlichung unseres medizinischen Spektrums, unserer apparativen Ausstattung und unserer Struktur eine Orientierung und Entscheidungshilfe erhalten. Transparenz ist für uns gleichbedeutend mit der Schaffung von Vertrauen – denn Vertrauen ist die Grundlage für jede erfolgreiche medizinische Behandlung.

Das HGZ legt einen besonderen Fokus auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit und stellt einen hohen Anspruch an seine medizinische Versorgungsqualität. Patienten erhalten damit sowohl auf diagnostischem als auch auf therapeutischem Gebiet die für ihr Krankheitsbild optimale Behandlung. Um diese zu gewährleisten und zu verbessern, wird kontinuierlich auch in modernste Behandlungstechnik investiert. So wurde beispielsweise in 2018 ein neues Computer-Tomografie-Gerät in Betrieb genommen, das für den Patienten bei reduzierter Strahlendosis hochauflösende Bilder produziert.

Auch baulich entwickelt sich das HGZ stetig weiter. Der 2017 begonnene Bauabschnitt, in dem zukünftig die drei bisher einzeln bestehenden Intensiv-Stationen zusammengelegt werden sollen, schreitet voran und soll Ende 2019 in Betrieb genommen werden. Damit ist dann das Ziel erreicht, alle Disziplinen im Bereich der Intensiv-Medizin in einer Gesamteinheit zusam

menzufassen. Den dort zu versorgenden Patienten kann somit auf kurzen Wegen die jeweils erforderliche Behandlung zukommen.

Der hohe Qualitätsanspruch jedes einzelnen Mitarbeiters ist die Basis unserer Zusammenarbeit – daran können Sie uns messen. Und so kommen wir, wie in jedem Jahr, der Verpflichtung zur Veröffentlichung des Qualitätsberichts gerne nach und 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. Das HGZ steht 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 kardiologische und angiologische Rehabilitation des HGZ weiter betreut. Das Ergebnis ist ein abgestimmter effizienter Behandlungsverlauf auf höchstem Niveau.

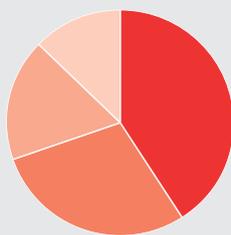
Neben der Qualität der medizinischen Versorgung trägt auch das Umfeld viel zum positiven Verlauf des Klinikaufenthaltes bei. Patienten schätzen an Bad Bevensen die Ruhe, die die Konzentration auf das Wesentliche ermöglicht: den Genesungsweg zurück in ein aktives, selbstbestimmtes Leben. Das HGZ liegt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



2017 führte das HGZ insgesamt 1.402 Operationen am offenen Herzen durch. Diese beinhalten alle Operationen am Herzen mit Einsatz der Herz-Lungen-Maschine (HLM) als auch die Eingriffe ohne deren Einsatz, sogenannte OPCABs (off pump coronary artery bypass).

- Bypasseingriffe inkl. OPCAB 41 %
- Herzklappenoperationen 29 %
- Kombinationseingriffe 18 %
- Sonstige Operationen 13 %

Off-Pump Anteil in der Koronarchirurgie



2017 wurde in 4 % 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 96 %
- ohne HLM 4 %

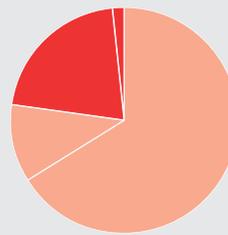
Isolierte und kombinierte Eingriffe an Patienten mit einer koronaren Mehrgefäßerkrankung



96 % 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 96 %
- Patienten (jünger als 75 Jahre) mit nur einem arteriellen Graft 4 %

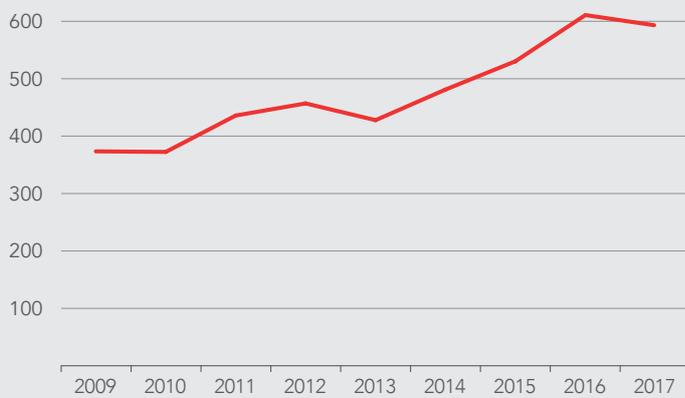
Ersatz und Rekonstruktion von Mitralklappen



Der Anteil der Rekonstruktionen von Mitralklappen in 2017 belief sich auf 77 %. Eine Antikoagulation ist in diesen Fällen nicht notwendig, was für die so behandelten Patienten im weiteren Verlauf neben dem Erhalt der Klappe die Komplikationsrate verringert und die Lebensqualität verbessert.

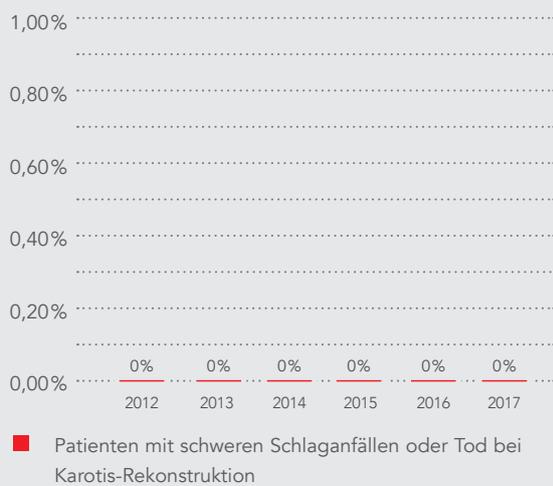
- Mitralklappen-Rekonstruktion 77 % (davon: Isoliert 11 %, Kombiniert 66 %)
- Mitralklappen-Ersatz 23 % (davon: Isoliert: 10 %, Kombiniert 2 %)

Entwicklung der (Haupt- und definierten) Herzinsuffizienzdiagnosen (HGZ 2009-2017)



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

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 Dr. med. Stefan Betge

- » 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

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 | Anna Katharina Hubert M.A. |
| Position | Qualitätsmanagementbeauftragte |
| Telefon | 05821 82-3709 |
| Telefax | 05821 82-1666 |
| E-Mail | a.hubert@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

| | |
|------------|--|
| Webadresse | www.hgz-bb.de |
|------------|--|

URL für weitere Informationen:

| | |
|------------|--|
| Webadresse | www.hgz-bb.de/service/unternehmen/qualitaetsbericht.html |
|------------|--|

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 Direktion

| | |
|----------|---|
| 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
Pflegedirektion

| | |
|----------|----------------------|
| 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
Vorstand

| | |
|----------|----------------------|
| 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-2

Name und Art des Krankenhausträgers

| | |
|------|-----------------------------------|
| Name | Herz-Kreislauf-Klinik Bevensen AG |
| Art | privat |

A-3

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Trifft nicht zu

A-4

Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Trifft nicht zu

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 |
| MP21 | Kinästhetik |

› A-5
Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot |
|------|---|
| MP24 | Manuelle Lymphdrainage |
| MP25 | Massage |
| MP26 | Medizinische Fußpflege |
| 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 |
| MP40 | Spezielle Entspannungstherapie |
| MP42 | Spezielles pflegerisches Leistungsangebot |
| MP44 | Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie kann bei Bedarf konsiliarisch hinzugezogen werden |
| MP47 | Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik |
| MP48 | Wärme- und Kälteanwendungen |
| MP51 | Wundmanagement |
| MP52 | Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen DEFI-Selbsthilfegruppe |
| MP53 | Aromapflege/-therapie |
| MP56 | Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung |
| MP63 | Sozialdienst |
| MP64 | Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit |
| MP68 | Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/ Tagespflege |
| 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: 0,00 EUR |
| NM17 | Rundfunkempfang am Bett Kosten pro Tag: 0,00 EUR |
| NM18 | Telefon am Bett Kosten pro Tag: max. 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 Begleitsdienst 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) vegetarische / vegane Kost, ggf. individuelle Sonderkost |
| NM67 | Andachtsraum |
| NM68 | Abschiedsraum |

A-7
Aspekte der Barrierefreiheit

| Nr. | Aspekt der Barrierefreiheit |
|------|--|
| BF02 | Aufzug mit Sprachansage / Braille-Beschriftung |
| 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

165

A-10
Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

| | |
|-------------------------|-------|
| Vollstationäre Fallzahl | 7.368 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |
| Ambulante Fallzahl | 2.621 |

A-11
Personal des Krankenhauses

A-11.1
Ärzte und Ärztinnen

| | Anzahl | |
|--|--------|------------|
| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen) | 77,95 | Vollkräfte |
| Davon Fachärzte und Fachärztinnen | 44,39 | 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 | 202,34 | Vollkräfte |
| Davon ohne Fachabteilungszuordnung | 25,12 | Vollkräfte |

› A-11.2
Pflegepersonal

| | Anzahl | |
|--|--------|------------|
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen | 2,39 | Vollkräfte |
| Davon ohne Fachabteilungszuordnung | 0,83 | Vollkräfte |
| Altenpfleger und Altenpflegerinnen | 4,01 | Vollkräfte |
| Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen | 8,12 | Vollkräfte |
| Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen | 2,65 | Vollkräfte |
| Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen | 3,93 | Vollkräfte |
| Davon ohne Fachabteilungszuordnung | 2,5 | Vollkräfte |
| Medizinische Fachangestellte | 24,92 | Vollkräfte |
| Davon ohne Fachabteilungszuordnung | 12,14 | Vollkräfte |

A-11.3
Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

| Therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik | Anzahl |
|---|--------------|
| Diplom-Psychologen Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden. | 0 Vollkräfte |
| Klinische Neuropsychologen | 0 Vollkräfte |
| Psychologische Psychotherapeuten | 0 Vollkräfte |
| Kinder Jugendpsychotherapeuten | 0 Vollkräfte |
| Psychotherapeuten in Ausbildung während Taetigkeit | 0 Vollkräfte |
| Ergotherapeuten | 0 Vollkräfte |

› A-11.3

Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

| Therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik | Anzahl |
|---|-----------------|
| Physiotherapeuten | 3,81 Vollkräfte |
| Sozialpädagogen | 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 |
| SP05 | Ergotherapeut und Ergotherapeutin Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden. | 0 Vollkräfte |
| SP15 | Masseur / Medizinischer Bademeister und Masseurin / Medizinische Bademeisterin Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden. | 0 Vollkräfte |
| SP21 | Physiotherapeut und Physiotherapeutin Bei Mehrbedarf kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden. | 4,81 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 | 0 Vollkräfte |
| SP31 | Gymnastik- und Tanzpädagogin/ Gymnastik- und Tanzpädagoge Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden. | 0 Vollkräfte |
| SP43 | Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF) | 2 Vollkräfte |
| SP55 | Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA) Das Personal für das Labor sowie für das Blutdepot sind der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin zugeordnet | 11,45 Vollkräfte |

| Nr. | Spezielles therapeutisches Personal | Anzahl |
|------|--|------------------|
| SP56 | Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA) | 8,36 Vollkräfte |
| SP61 | Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik | 47,62 Vollkräfte |

A-12

A-12.1.1

Verantwortliche Personen des einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements

| Name | Funktion | Telefon | Telefax | E-Mail |
|-------------------------------|--------------------------------|---------------|---------------|---------------------|
| Anna Katharina Hubert M.A. | Qualitätsmanagementbeauftragte | 05821 82-3709 | 05821 82-1666 | a.hubert@hg-z-bb.de |

A-12.1.2

Lenkungsgremium

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

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche

Qualitätsmanagement, Pflegedirektion, Hygienefachkraft, Ärzte der Kliniken für Herz-Thorax-Chirurgie, Kardiologie, Gefäßchirurgie, Rehabilitationsklinik

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

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht?

ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche

Qualitätsmanagement, IT, Datenschutz, Controlling - bei Bedarf Vorstand

Tagungsfrequenz des Gremiums

monatlich

A-12.2.3

Instrumente und Maßnahmen

| Nr | Instrument / Maßnahme |
|------|--|
| RM01 | Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor Risikomanagementkonzept 2017-07-17 |
| RM02 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen |
| RM03 | Mitarbeiterbefragungen QMH 2016-08-25 |
| RM04 | Klinisches Notfallmanagement QMH 2016-08-25 |
| RM05 | Schmerzmanagement QMH 2016-08-25 |
| RM06 | Sturzprophylaxe QMH 2016-08-25 |
| RM07 | Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) Expertenstandard 2017-05-23 |
| RM08 | Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen Umgang mit freiheitsentziehende Maßnahmen 2016-08-25 |
| RM09 | Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten QMH 2016-08-25 |
| RM10 | Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen, Qualitätszirkel |



| Nr | Instrument / Maßnahme |
|------|--|
| RM11 | Standards zur sicheren Medikamentenvergabe Umgang mit Medikamenten 2015-06-02 |
| RM12 | Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen |
| RM13 | Anwendung von standardisierten OP-Checklisten |
| RM16 | Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen QMH 2016-08-25 |
| RM17 | Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung Überwachung - Verlegung von Patienten in den Aufwachraum 2015-07-29 |
| RM18 | Entlassungsmanagement Informations- und Überleitungsbogen Entlassmanagement 2017-01-03 |

A-12.2.3.1

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Ja

Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?

Ja

Tagungsfrequenz des Gremiums

andere Frequenz

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit

Hinweisschilder, Prozessüberprüfung, Standardanpassungen
Externe Fälle aus dem KH-CIRS-Netz werden intern besprochen und bei Bedarf in das interne Meldesystem integriert.

| Nr. | Einrichtungsinternes Fehlermeldesystem |
|------|--|
| IF01 | Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor 2015-12-07 |

A-12.2.3.2

Teilnahme an einrichtungsübergreifendem Fehlermeldesystem

Nein

A-12.3

A-12.3.1

Personal des Krankenhauses: Hygienepersonal

| | Anzahl | |
|---|------------|--|
| Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen | 1 Person | |
| Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen | 5 Personen | alle Abteilungen werden durch einen hygienebeauftragten Arzt abgedeckt. |
| Hygienefachkräfte (HFK) | 2 Personen | |
| Hygienebeauftragte in der Pflege | 9 Personen | alle Abteilungen werden durch hygienebeauftragte Pflegekräfte abgedeckt. |

Hygienekommission

| | | | |
|---|--|--|-------------------|
| Eine Hygienekommission wurde eingerichtet | Ja (Tagungsfrequenz der Hygienekommission: quartalsweise) | | |
| 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: | |
| 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 Venenverweil-kathetern liegt vor? | Ja |
| Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert? | Ja |

A-12.3.2.2

Durchführung von Antibiotikaprofylaxe 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 Hygiene-kommission autorisiert? | Ja |
| Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe liegt vor? | Ja |
| Der Standard thematisiert insbesondere | |
| a) Indikationsstellung zur Antibiotikaprofylaxe | Ja |
| b) Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) | Ja |
| c) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprofylaxe? | Ja |
| Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygiene-kommission autorisiert? | Ja |
| Die standardisierte Antibiotikaprofylaxe 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) Verbandwechsel 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 | 89,3 ml / Patiententag |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen | 30,3 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 Teil des Qualitätsmanagements |
| 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 Bearbeitungsformular für mündliche Mitteilungen |

› A-12.4

Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

| Lob- und Beschwerdemanagement | Ja/Nein |
|--|---|
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden. | Ja Richtlinie zur Bearbeitung von Reklamationen/Beschwerden |
| Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert. | innerhalb von 3 Werktagen, ansonsten Eingangsbestätigung und erneuter Meldung nach spätestens 14 Tagen |
| Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt | Das Beschwerdemanagement wird von den beiden Mitarbeiterinnen des Qualitätsmanagements bearbeitet. |
| Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt: | Ja |
| Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren | Ja Briefkästen Lob & Kritik Link zu Kontaktformular: www.hgz-bb.de/service/kontakt.html |
| Patientenbefragungen | Nein In 2017 wurde keine Patientenbefragung durchgeführt. |
| Einweiserbefragungen | Nein In 2017 wurde keine Einweiserbefragung durchgeführt. |

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

| Name | Funktion | Telefon | Telefax | E-Mail |
|----------------------------|--------------------------------|---------------|---------------|--------------------|
| Anna Katharina Hubert M.A. | Qualitätsmanagementbeauftragte | 05821 82-6655 | 05821 82-1666 | a.hubert@hgz-bb.de |

| Name | Funktion | Telefon | Telefax | E-Mail |
|---|-------------------------------------|---------------|---------------|-------------------------|
| Diplom-Pflegewirtin Anette Alberternst | Qualitätsmanage- mentbeauftragte | 05821 82-6655 | 05821 82-1666 | a.alberternst@hgz-bb.de |

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

| Name | Funktion | Telefon | Telefax | E-Mail |
|------------------|--|---------------|---------------|----------------|
| Karin Lawitschka | Ehrenamtliche Patienten- fürsprecherin | 05821 82-6242 | 05821 82-1666 | info@hgz-bb.de |

A-13

Besondere apparative Ausstattung

| Nr. | Vorhandene Geräte | Umgangssprachliche Bezeichnung | 24 h-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 | | ✓ |
| AA18 | Hochfrequenzthermotherapiegerät | 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 | |
| AA69 | Linksherzkatheterlabor | | ✓ Rufbereitschaft |

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/herz/herzzentrum/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 § 135c SGB V | Ja |
|---|----|

■ Klinik für Kardiologie

B-1.3

Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote |
|------|--|
| VH23 | Spezialsprechstunde |
| VI00 | Diagnostik und Therapie der Herzinsuffizienz |
| 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 Erkrankungen der Atemwege und der Lunge |
| 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 |

■ Klinik für Kardiologie

B-1.5

Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

| | |
|-------------------------|-------|
| Vollstationäre Fallzahl | 4.134 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-1.6

Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 Ziffer* | Absolute Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|----------------|-------------------|--|
| 1 | I48.0 | 516 | Vorhofflimmern, paroxysmal |
| 2 | I50.1 | 361 | Linksherzinsuffizienz |
| 3 | I20.8 | 359 | Sonstige Formen der Angina pectoris |
| 4 | I25.1 | 268 | Atherosklerotische Herzkrankheit |
| 5 | I10.0 | 189 | Benigne essentielle Hypertonie |
| 6 | Z45.0 | 151 | Anpassung und Handhabung eines kardialen (elektronischen) Geräts |
| 7 | I21.4 | 138 | Akuter subendokardialer Myokardinfarkt |
| 8 | I48.1 | 134 | Vorhofflimmern, persistierend |
| 9 | I47.1 | 124 | Supraventrikuläre Tachykardie |
| 10 | I50.0 | 117 | Rechtsherzinsuffizienz |

*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 | 3-052 | 2.292 | Transösophageale Echokardiographie [TEE] |
| 2 | 1-710 | 2.172 | Ganzkörperplethysmographie |
| 3 | 8-930 | 1.425 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes |
| 4 | 1-275.2 | 1.070 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel |
| 5 | 3-030 | 903 | Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel |
| 6 | 8-933 | 736 | Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie |
| 7 | 1-273.1 | 608 | Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Oxymetrie |
| 8 | 1-791 | 605 | Kardiorespiratorische Polygraphie |
| 9 | 8-640.0 | 547 | Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion) |
| 10 | 1-711 | 539 | Bestimmung der CO-Diffusionskapazität |

Klinik für Kardiologie

B-1.8

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Nr. der Leistung | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | 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 (VX00) |
| | 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 (VX00) |
| | Nachbetreuung von komplexen Krankheitsbildern bei Herzinsuffizienz | | |
| AM07 | Privatambulanz | | |
| AM11 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | Vor- und nachstationäre Leistungen nach §115a SGB V | Untersuchung und Beratung vor und nach stationären Behandlungen (VX00) |
| | Untersuchung und Beratung vor und nach stationären Behandlungen | | |

B-1.10

Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

■ Klinik für Kardiologie

B-1.11

Personelle Ausstattung

B-1.11.1

Ärzte und Ärztinnen

| | Anzahl | Fälle je Vollkraft |
|--|------------------|--------------------|
| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen) | 28,34 Vollkräfte | 160,29 |
| davon Fachärzte und Fachärztinnen | 18,08 Vollkräfte | 266,19 |

B-1.11.1

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| Nr. | Facharztqualifikationen |
|------|--------------------------------|
| AQ06 | Allgemeinchirurgie |
| AQ23 | Innere Medizin |
| AQ28 | Innere Medizin und Kardiologie |
| AQ30 | Innere Medizin und Pneumologie |
| AQ63 | Allgemeinmedizin |

| Nr. | Zusatzqualifikation |
|------|---------------------|
| ZF15 | Intensivmedizin |
| ZF28 | Notfallmedizin |

■ Klinik für Kardiologie

B-1.11.2 Pflegepersonal

| | Anzahl | | Fälle je Vollkraft |
|---|--------|------------|--------------------|
| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen | 71,2 | Vollkräfte | 60,62 |
| Altenpfleger und Altenpflegerinnen | 2,25 | Vollkräfte | 1.837,33 |
| Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen | 2,52 | Vollkräfte | 1.640,48 |
| Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen | 2 | Vollkräfte | 2.067 |
| Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen | 1,43 | Vollkräfte | 2.890,91 |
| Medizinische Fachangestellte: | 4,52 | Vollkräfte | 914,6 |

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 |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| PQ20 | Praxisanleitung |

| Nr. | Zusatzqualifikation |
|------|---------------------|
| ZP08 | Kinästhetik |
| ZP16 | Wundmanagement |

■ Klinik für Kardiologie

› 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 | 0,87 | Vollkräfte | 4.751,72 |
| 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 | 05821 82-1777 |
| E-Mail | g.wimmer-greinecker@hgz-bb.de |
| Webadresse | www.hgz-bb.de/herz/herzzentrum/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 § 135c 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 | Defibrillatöreingriffe |
| 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 | 1.387 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-2.6

Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 Ziffer* | Absolute Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|----------------|-------------------|---|
| 1 | I20.8 | 413 | Sonstige Formen der Angina pectoris |
| 2 | I21.4 | 222 | Akuter subendokardialer Myokardinfarkt |
| 3 | I35.2 | 194 | Aortenklappenstenose mit Insuffizienz |
| 4 | I35.0 | 129 | Aortenklappenstenose |
| 5 | I34.0 | 44 | Mitralklappeninsuffizienz |
| 6 | I20.0 | 39 | Instabile Angina pectoris |
| 7 | I21.0 | 29 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand |
| 8 | I35.1 | 29 | Aortenklappeninsuffizienz |
| 9 | I33.0 | 25 | Akute und subakute infektiöse Endokarditis |
| 10 | I21.1 | 24 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand |

* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

■ Klinik für Herz-Thorax-Chirurgie

B-2.7

Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 Ziffer | Absolute Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|----------------|-------------------|---|
| 1 | 5-361.03 | 352 | Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Arterien |
| 2 | 3-030 | 299 | Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel |
| 3 | 5-361.07 | 248 | Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz |
| 4 | 5-361.17 | 219 | Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass zweifach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz |
| 5 | 5-35a.00 | 187 | Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Implantation eines Aortenklappenersatzes: Endovaskulär |
| 6 | 5-361.27 | 170 | Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass dreifach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz |
| 7 | 5-379.5 | 164 | Andere Operationen an Herz und Perikard: Reoperation |
| 8 | 5-361.13 | 160 | Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass zweifach: Mit autogenen Arterien |
| 9 | 5-361.23 | 149 | Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass dreifach: Mit autogenen Arterien |
| 10 | 5-896.1a | 139 | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Brustwand und Rücken |

■ Klinik für Herz-Thorax-Chirurgie

B-2.8

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Nr. der Leistung | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | 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) Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax | Vor- und nachstationäre Behandlung | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax (VC34) |
| 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) Untersuchung und Beratung vor stationären Behandlungen | Vor- und nachstationäre Behandlung | Untersuchung und Beratung vor stationären Behandlungen (VX00) |
| AM07 | Privatambulanz | | |

■ Klinik für Herz-Thorax-Chirurgie

B-2.10

Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-2.11

Personelle Ausstattung

B-2.11.1

Ärzte und Ärztinnen

| | Anzahl | Fälle je Vollkraft |
|--|------------------|--------------------|
| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen) | 16,76 Vollkräfte | 82,76 |
| Davon Fachärzte und Fachärztinnen | 8,09 Vollkräfte | 171,45 |

Fachexpertise der Abteilungen

| Nr. | Facharztqualifikationen |
|------|-------------------------|
| AQ06 | Allgemeinchirurgie |
| AQ07 | Gefäßchirurgie |
| AQ08 | Herzchirurgie |
| AQ12 | Thoraxchirurgie |

| Nr. | Zusatzqualifikation |
|------|---------------------|
| ZF15 | Intensivmedizin |
| ZF28 | Notfallmedizin |

Klinik für Herz-Thorax-Chirurgie

B-2.11.2 Pflegepersonal

| | Anzahl | Fälle je Vollkraft |
|---|------------------|-----------------------|
| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen | 70,18 Vollkräfte | 19,76 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen | 1,56 Vollkräfte | 889,10 |
| Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen | 5,6 Vollkräfte | 247,68 |
| Medizinische Fachangestellte | 1,52 Vollkräfte | 912,5 |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilungen

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------|---|
| PQ04 | Intensivpflege und Anästhesie |
| PQ05 | Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| PQ20 | Praxisanleitung |

| Nr | Zusatzqualifikation |
|------|---------------------|
| ZP08 | Kinästhetik |
| 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 | 1,52 | Vollkräfte | 912,5 |
| Sozialpädagogen Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden. | 0 | Vollkräfte | |



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/gefaesse/gefaesszentrum/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 § 135c 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

| | |
|-------------------------|-------|
| Vollstationäre Fallzahl | 1.146 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-3.6

Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 Ziffer* | Absolute Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|----------------|-------------------|--|
| 1 | I70.2 | 498 | Atherosklerose der Extremitätenarterien |
| 2 | I65.2 | 156 | Verschluss und Stenose der A. carotis |
| 3 | I71.4 | 78 | Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur |
| 4 | I71.0 | 50 | Dissektion der Aorta |
| 5 | E11.7 | 39 | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen |
| 6 | I72.4 | 32 | Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität |
| 7 | T82.5 | 24 | Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen |
| 8 | N18.5 | 23 | Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5 |
| 9 | I71.6 | 19 | Aortenaneurysma, thorakoabdominal, ohne Angabe einer Ruptur |
| 10 | I65.3 | 16 | Verschluss und Stenose mehrerer und beidseitiger präzerebraler Arterien |

*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 | 3-607 | 619 | Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten |
| 2 | 3-605 | 568 | Arteriographie der Gefäße des Beckens |
| 3 | 3-604 | 282 | Arteriographie der Gefäße des Abdomens |
| 4 | 5-983 | 262 | Reoperation |
| 5 | 5-381.70 | 177 | Enderarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. femoralis |
| 6 | 8-836.0c | 177 | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Gefäße Unterschenkel |
| 7 | 8-836.0s | 174 | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Arterien Oberschenkel |
| 8 | 8-83b.c2 | 173 | Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlusssystem: Nahtsystem |
| 9 | 5-381.01 | 162 | Enderarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus |
| 10 | 5-397.00 | 157 | Andere plastische Rekonstruktion von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis n.n.bez. |

■ Gefäßzentrum – Klinik für Gefäßchirurgie

B-3.8

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Nr. der Leistung | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | 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 (VX00) |
| AM07 | Privatambulanz | | |
| AM11 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | Vor- und nachstationäre Behandlung | Diagnostik und Therapie von chronischen Wunderkrankungen (VX00) |

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) | 7,9 Vollkräfte | 150,79 |
| Davon Fachärzte und Fachärztinnen | 4,9 Vollkräfte | 249,13 |

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 | 11,5 Vollkräfte | 99,65 |
| Altenpfleger und Altenpflegerinnen | 1,76 Vollkräfte | 651,14 |
| Medizinische Fachangestellte | 1,43 Vollkräfte | 801,4 |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilungen

| Nr. | Fachqualifikationen |
|------|---|
| PQ05 | Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| PQ20 | Praxisanleitung |

| Nr. | Zusatzqualifikation |
|------|---------------------|
| ZP08 | Kinästhetik |
| ZP16 | Wundmanagement |

■ 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 | 0,42 | Vollkräfte | 2.728,57 |
| Sozialpädagogen Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden. | 0 | Vollkräfte | |



Dr. med. Stefan Betge
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 – Angiologie |

Kontaktdaten

| | |
|---------------------|--|
| Chefarzt/Chefärztin | Dr. med. Stefan Betge |
| Straße und Nummer | Römstedter Straße 25 |
| PLZ und Ort | 29549 Bad Bevensen |
| Telefon | 05821 82-1157 |
| Telefax | 05821 82-3816 |
| E-Mail | s.betge@hgz-bb.de |
| Webadresse | www.hgz-bb.de/gefaesse/gefaesszentrum/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 § 135c 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 |
| VI06 | 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

| | |
|-------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 701 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-4.6

Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 Ziffer* | Absolute Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|----------------|-------------------|--|
| 1 | I70.2 | 458 | Atherosklerose der Extremitätenarterien |
| 2 | I89.0 | 54 | Lymphödem, anderenorts nicht klassifiziert |
| 3 | I80.2 | 33 | Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten |
| 4 | A46 | 16 | Erysipel [Wundrose] |
| 5 | I70.1 | 16 | Atherosklerose der Nierenarterie |
| 6 | I74.3 | 11 | Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten |
| 7 | I77.1 | 11 | Arterienstriktur |
| 8 | E11.7 | 9 | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen |
| 9 | I65.2 | 7 | Verschluss und Stenose der A. carotis |
| 10 | I83.0 | 6 | Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration |

*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 | 834 | Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten |
| 2 | 3-605 | 586 | Arteriographie der Gefäße des Beckens |
| 3 | 8-836.0s | 308 | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Arterien Oberschenkel |
| 4 | 3-604 | 290 | Arteriographie der Gefäße des Abdomens |
| 5 | 8-836.0c | 187 | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Gefäße Unterschenkel |
| 6 | 8-836.0q | 186 | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Andere Arterien abdominal und pelvin |
| 7 | 8-83b.c3 | 159 | Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Clipsystem |
| 8 | 8-83b.c5 | 126 | Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs ohne Anker |
| 9 | 8-840.0q | 119 | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent: Andere Arterien abdominal und pelvin |
| 10 | 8-840.0s | 99 | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent: Arterien Oberschenkel |

■ Gefäßzentrum – Klinik für Angiologie

B-4.8

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Nr. der Leistung | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | 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) Untersuchung und Beratung vor und nach stationären Behandlungen | Vor- und nachstationäre Behandlung | |
| AM07 | Privatambulanz | | |

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) | 4,62 Vollkräfte | 166,11 |
| Davon Fachärzte und Fachärztinnen | 2,34 Vollkräfte | 361,34 |

Fachexpertise der Abteilungen

| Nr. | Facharztqualifikationen |
|------|--------------------------------|
| AQ23 | Innere Medizin |
| AQ24 | Innere Medizin und Angiologie |
| AQ28 | Innere Medizin und Kardiologie |

| Nr. | Zusatzqualifikation |
|------|---------------------|
| ZF15 | Intensivmedizin |

■ Gefäßzentrum – Klinik für Angiologie

B-4.11.2 Pflegepersonal

| | Anzahl | Fälle je Vollkraft |
|---|------------------|-----------------------|
| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen | 11,55 Vollkräfte | 60,69 |
| Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen | 0,65 Vollkraft | 1.078,46 |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilungen

| Nr. | Fachqualifikationen |
|------|---|
| PQ05 | Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| PQ20 | Praxisanleitung |

| Nr. | Zusatzqualifikation |
|------|---------------------|
| ZP08 | Kinästhetik |
| 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 | 1 | Vollkraft | 701 |
| Sozialpädagogen Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden. | 0 | Vollkräfte | |



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 82-1160 |
| E-Mail | w.euringer@hgz-bb.de |
| Webadresse | www.hgz-bb.de/gefaesse/gefaesszentrum/klinik-fuer-radiologie.html |

Haupt-/Belegabteilung

| | |
|-------------------|--------------------------------|
| Art der Abteilung | Nicht bettenführende Abteilung |
|-------------------|--------------------------------|

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 § 135c SGB V | Ja |
|---|----|

■ Gefäßzentrum – Klinik für Radiologie

B-5.3

Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote |
|------|---|
| VR01 | Konventionelle Röntgenaufnahmen |
| VR02 | Native Sonographie |
| VR03 | Eindimensionale Dopplersonographie |
| VR04 | Duplexsonographie |
| 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 |
| VR27 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung |
| VR28 | Intraoperative Anwendung der Verfahren |
| VR29 | Quantitative Bestimmung von Parametern |
| VR41 | Interventionelle Radiologie |
| VR44 | Teleradiologie |
| VR47 | Tumorembolisation |

■ Gefäßzentrum – Klinik für Radiologie

B-5.5

Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

| | |
|-------------------------|---|
| Vollstationäre Fallzahl | 0 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-5.7

Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 Ziffer | Absolute Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|----------------|-------------------|---|
| 1 | 3-990 | 2.062 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung |
| 2 | 3-991 | 1.217 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung |
| 3 | 3-993 | 1189 | Quantitative Bestimmung von Parametern |
| 4 | 3-225 | 945 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel |
| 5 | 3-222 | 935 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel |
| 6 | 3-200 | 663 | Native Computertomographie des Schädels |
| 7 | 3-992 | 593 | Intraoperative Anwendung der Verfahren |
| 8 | 3-202 | 376 | Native Computertomographie des Thorax |
| 9 | 3-224.0 | 279 | Computertomographie des Herzens mit Kontrastmittel: In Ruhe |
| 10 | 3-221 | 145 | Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel |

■ Gefäßzentrum – Klinik für Radiologie

B-5.8

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Nr. der Leistung | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | 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) Konventionelle Röntgenaufnahmen | Radiologische Ambulanz | |
| AM07 | Privatambulanz | | |

B-5.10

Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-5.11

Personelle Ausstattung

B-5.11.1

Ärzte und Ärztinnen

| | Anzahl | Fälle je Vollkraft |
|--|--------|--------------------|
| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen) | 4,54 | Vollkräfte |
| Davon Fachärzte und Fachärztinnen | 2,38 | Vollkräfte |

■ Gefäßzentrum – Klinik für Radiologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilungen

| Nr. | Facharztqualifikationen |
|------|-------------------------|
| AQ54 | Radiologie |

B-5.11.2 Pflegepersonal

| | Anzahl | Fälle je Vollkraft |
|------------------------------|--------|-----------------------|
| Medizinische Fachangestellte | 2,26 | Vollkräfte |

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 |

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/herz/herzzentrum/klinik-fuer-anaesthesiologie-und-intensivmedizin.html |

Haupt-/Belegabteilung

| | |
|-------------------|--------------------------------|
| Art der Abteilung | Nicht bettenführende Abteilung |
|-------------------|--------------------------------|

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 § 135c SGB V | Ja |
|---|----|

■ Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

B-6.3

Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote |
|------|---|
| VI00 | Narkosen |
| VI00 | Serologisches Labor / Eigenblutspende / Blutdepot |
| VI20 | Intensivmedizin Intensivtherapie / ECMO-Therapie |
| VI40 | Schmerztherapie |
| VI42 | Transfusionsmedizin |

B-6.5

Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

| | |
|-------------------------|---|
| Vollstationäre 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 | 8-980.0 | 976 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte |
| 2 | 8-800.c0 | 906 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE |
| 3 | 3-052 | 677 | Transösophageale Echokardiographie [TEE] |
| 4 | 8-701 | 448 | Einfache endotracheale Intubation |
| 5 | 8-854.2 | 384 | Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation |
| 6 | 8-713.0 | 316 | Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System] |
| 7 | 8-706 | 304 | Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung |
| 8 | 8-980.10 | 279 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte |
| 9 | 8-800.g0 | 256 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 1 Thrombozytenkonzentrat |
| 10 | 8-812.60 | 247 | Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 1 TE bis unter 6 TE |

■ 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) | 15,79 | Vollkräfte |
| Davon Fachärzte und Fachärztinnen | 8,6 | Vollkräfte |

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 | 12,79 Vollkräfte | |
| Medizinische Fachangestellte | 2,79 Vollkraft | |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilungen

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

| Nr. | Zusatzqualifikation |
|------|---------------------|
| ZP08 | Kinästhetik |

■ 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 | 25 | 100 |
| Herzschrittmacher-Aggregatwechsel | 42 | 100 |
| Herzschrittmacher-Implantation | 247 | 100 |
| Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation | 65 | 100 |
| Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel | 68 | 100 |
| Implantierbare Defibrillatoren-Implantation | 76 | 100 |
| Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation | 62 | 100 |
| Karotis-Revaskularisation | 211 | 100 |
| Pflege: Dekubitusprophylaxe | 94 | 98,9 |

C-1.2

Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL

| (a) Leistungsbereich | (b) Qualitätsindikator (c) Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus |
|--|--|
| (a) Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung | (b) Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung (c) nein |
| (a) Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung | (b) Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus (c) nein |
| (a) Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung | (b) Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle (c) nein |
| (a) Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung | (b) Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (c) nein |
| (a) Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung | (b) Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde nicht aus anderem Krankenhaus aufgenommen) (c) nein |
| (a) Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung | (b) Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde aus anderem Krankenhaus aufgenommen) (c) nein |
| (a) Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung | (b) Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde nicht aus anderem Krankenhaus aufgenommen) (c) nein |
| (a) Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung | (b) Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit mittlerem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben (c) nein |

| (d) Bundesdurchschnitt (e) Referenzbereich (bundesweit) (f) Vertrauensbereich (bundesweit) | (g) Grundgesamtheit/Beobachtet/ Erwartet (Fallzahl) (h) Rechnerisches Ergebnis (i) Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr (j) Vertrauensbereich (Krankenhaus) | (k) Ergebnis im Berichtsjahr (l) Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr |
|--|--|---|
| (d) 95,59 (e) >= 95,00 % (Zielbereich) (f) 95,49 / 95,68 | (g) 18 / 17 / - (h) 94,44 (i) unverändert (j) 74,24 / 99,01 | (k) H20 (l) eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| (d) 96,25 (e) >= 95,00 % (Zielbereich) (f) 96,18 / 96,32 | (g) 22 / 21 / - (h) 95,45 (i) unverändert (j) 78,2 / 99,19 | (k) R10 (l) unverändert |
| (d) 1,04 (e) <= 1,58 (95. Perzentil, Toleranzbereich) (f) 1,03 / 1,05 | (g) - / - / - (h) 1,12 (i) eingeschränkt/nicht vergleichbar (j) 0,39 / 2,8 | (k) R10 (l) unverändert |
| (d) 98,43 (e) >= 95,00 % (Zielbereich) (f) 98,39 / 98,48 | (g) 25 / 25 / - (h) 100 (i) unverändert (j) 86,68 / 100 | (k) R10 (l) unverändert |
| (d) 98,50 (e) nicht definiert (f) 98,45 / 98,54 | (g) 19 / 19 / - (h) 100 (i) eingeschränkt/nicht vergleichbar (j) 83,18 / 100 | (k) N02 (l) eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| (d) 96,63 (e) nicht definiert (f) 96,25 / 96,97 | (g) 6 / 6 / - (h) 100 (i) eingeschränkt/nicht vergleichbar (j) 60,97 / 100 | (k) N02 (l) eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| (d) 95,27 (e) >= 90,00 % (Zielbereich) (f) 95,18 / 95,35 | (g) 18 / 17 / - (h) 94,44 (i) unverändert (j) 74,24 / 99,01 | (k) R10 (l) unverändert |
| (d) 94,01 (e) >= 90,00 % (Zielbereich) (f) 93,88 / 94,13 | (g) 13 / 12 / - (h) 92,31 (i) unverändert (j) 66,69 / 98,63 | (k) R10 (l) unverändert |



› C-1.2

Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL

| (a) Leistungsbereich | (b) Qualitätsindikator (c) Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus |
|--|--|
| (a) Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers | (b) Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem (c) nein |
| (a) Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers | (b) Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das in der Mehrzahl der Fälle implantiert werden sollte (c) nein |
| (a) Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers | (b) Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Herzschrittmachers aufgrund eines verlangsamten Herzschlags (c) nein |
| (a) Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers | (b) Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das in der Minderzahl der Fälle implantiert werden sollte (c) nein |
| (a) Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers | (b) Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde (c) nein |
| (a) Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers | (b) Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (c) nein |
| (a) Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers | (b) Komplikationen während oder aufgrund der Operation (c) nein |
| (a) Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers | (b) Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausgangs der Sonden (c) nein |

| (d) Bundesdurchschnitt (e) Referenzbereich (bundesweit) (f) Vertrauensbereich (bundesweit) | (g) Grundgesamtheit/Beobachtet/ Erwartet (Fallzahl) (h) Rechnerisches Ergebnis (i) Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr (j) Vertrauensbereich (Krankenhaus) | (k) Ergebnis im Berichtsjahr (l) Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr |
|--|--|---|
| (d) 98,28 (e) >= 90,00 % (Zielbereich) (f) 98,19 / 98,37 | (g) 225 / 222 / - (h) 98,67 (i) eingeschränkt / nicht vergleichbar (j) 96,15 / 99,55 | (k) R10 (l) unverändert |
| (d) 96,41 (e) nicht definiert (f) 96,27 / 96,54 | (g) 225 / 218 / - (h) 96,89 (i) eingeschränkt / nicht vergleichbar (j) 93,72 / 98,49 | (k) R10 (l) eingeschränkt / nicht vergleichbar |
| (d) 92,75 (e) >= 90,00 % (Zielbereich) (f) 92,56 / 92,93 | (g) 234 / 229 / - (h) 97,86 (i) eingeschränkt / nicht vergleichbar (j) 95,1 / 99,08 | (k) R10 (l) unverändert |
| (d) 0,20 (e) nicht definiert (f) 0,17 / 0,24 | (g) 225 / 0 / - (h) 0 (i) eingeschränkt / nicht vergleichbar (j) 0 / 1,68 | (k) R10 (l) eingeschränkt / nicht vergleichbar |
| (d) 1,41 (e) <= 3,00 % (Toleranzbereich) (f) 1,33 / 1,5 | (g) - / - / - (h) - (i) unverändert (j) - | (k) R10 (l) unverändert |
| (d) 0,97 (e) <= 3,99 (95. Perzentil, Toleranzbereich) (f) 0,91 / 1,03 | (g) 247 / 7 / 4,58 (h) 1,53 (i) eingeschränkt / nicht vergleichbar (j) 0,74 / 3,09 | (k) R10 (l) unverändert |
| (d) 0,84 (e) <= 2,00 % (Toleranzbereich) (f) 0,77 / 0,9 | (g) - / - / - (h) - (i) unverändert (j) - | (k) R10 (l) unverändert |
| (d) 95,68 (e) >= 90,00 % (Toleranzbereich) (f) 95,61 / 95,76 | (g) 881 / 840 / - (h) 95,35 (i) unverändert (j) 93,75 / 96,55 | (k) R10 (l) unverändert |



› C-1.2

Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL

| (a) Leistungsbereich | (b) Qualitätsindikator (c) Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus |
|--|--|
| (a) Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers | (b) Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das nur in individuellen Einzelfällen gewählt werden sollte (c) nein |
| (a) Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen | (b) Beachten der Leitlinien bei der Auswahl eines Schockgebers (c) nein |
| (a) Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen | (b) Komplikationen während oder aufgrund der Operation (c) nein |
| (a) Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen | (b) Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle (c) nein |
| (a) Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen | (b) Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausgangs der Sonden (c) nein |
| (a) Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen | (b) Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde (c) nein |
| (a) Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers | (b) Komplikationen während oder aufgrund der Operation (c) nein |
| (a) Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers | (b) Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle (c) nein |

| (d) Bundesdurchschnitt (e) Referenzbereich (bundesweit) (f) Vertrauensbereich (bundesweit) | (g) Grundgesamtheit/Beobachtet/ Erwartet (Fallzahl) (h) Rechnerisches Ergebnis (i) Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr (j) Vertrauensbereich (Krankenhaus) | (k) Ergebnis im Berichtsjahr (l) Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr |
|--|--|---|
| (d) 1,67 (e) <= 10,00 % (Toleranzbereich) (f) 1,58 / 1,77 | (g) 225 / 4 / - (h) 1,78 (i) eingeschränkt / nicht vergleichbar (j) 0,69 / 4,48 | (k) R10 (l) unverändert |
| (d) 96,22 (e) >= 90,00 % (Zielbereich) (f) 95,98 / 96,45 | (g) 76 / 71 / - (h) 93,42 (i) eingeschränkt / nicht vergleichbar (j) 85,51 / 97,16 | (k) R10 (l) unverändert |
| (d) 0,68 (e) <= 2,00 % (Toleranzbereich) (f) 0,58 / 0,79 | (g) 76 / 0 / - (h) 0 (i) unverändert (j) 0 / 4,81 | (k) R10 (l) unverändert |
| (d) 1,08 (e) <= 5,98 (95. Perzentil, Toleranzbereich) (f) 0,93 / 1,25 | (g) - / - / - (h) 6,21 (i) eingeschränkt / nicht vergleichbar (j) 1,71 / 21,46 | (k) U32 (l) unverändert |
| (d) 95,92 (e) >= 90,00 % (Toleranzbereich) (f) 95,79 / 96,05 | (g) 295 / 280 (h) 94,92 (i) unverändert (j) 91,78 / 96,89 | (k) R10 (l) unverändert |
| (d) 0,69 (e) <= 3,00 % (Toleranzbereich) (f) 0,6 / 0,81 | (g) - / - / - (h) - (i) unverändert (j) - | (k) R10 (l) unverändert |
| (d) 0,70 (e) <= 2,00 % (Toleranzbereich) (f) 0,57 / 0,87 | (g) - / - / - (h) - (i) unverändert (j) - | (k) R10 (l) unverändert |
| (d) 1,00 (e) <= 5,63 % (95. Perzentil, Toleranzbereich) (f) 0,86 / 1,15 | (g) - / - / - (h) 1,4 (i) eingeschränkt / nicht vergleichbar (j) 0,48 / 3,86 | (k) R10 (l) unverändert |



› C-1.2

Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

| (a) Leistungsbereich | (b) Qualitätsindikator (c) Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus |
|--|---|
| (a) Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers | (b) Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden (c) nein |
| (a) Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen | (b) Technische Probleme mit dem Herzschrittmacher als angebrachter Grund für eine erneute Operation (c) nein |
| (a) Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen | (b) Komplikationen während oder aufgrund der Operation (c) nein |
| (a) Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen | (b) Infektion als angebrachter Grund für eine erneute Operation (c) nein |
| (a) Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen | (b) Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden (c) nein |
| (a) Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen | (b) Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle (c) nein |
| (a) Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen | (b) Ein Problem, das im Zusammenhang mit dem Eingriff steht, als angebrachter Grund für eine erneute Operation (c) nein |

| (d) Bundesdurchschnitt (e) Referenzbereich (bundesweit) (f) Vertrauensbereich (bundesweit) | (g) Grundgesamtheit/Beobachtet/ Erwartet (Fallzahl) (h) Rechnerisches Ergebnis (i) Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr (j) Vertrauensbereich (Krankenhaus) | (k) Ergebnis im Berichtsjahr (l) Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr |
|--|--|---|
| (d) 0,78 (e) <= 3,00 % (Toleranzbereich) (f) 0,6 / 1 | (g) 46 / 0 / - (h) 0 (i) unverändert (j) 0 / 7,71 | (k) R10 (l) unverändert |
| (d) 3,78 (e) <= 10,07 % (95. Perzentil, Toleranzbereich) (f) 3,59 / 3,98 | (g) 144 / 9 (h) 6,25 (i) unverändert (j) 3,32 / 11,45 | (k) R10 (l) unverändert |
| (d) 1,04 (e) <= 2,00 % (Toleranzbereich) (f) 0,84 / 1,27 | (g) - / - / - (h) - (i) unverändert (j) - | (k) R10 (l) unverändert |
| (d) 0,62 (e) <= 2,38 % (95. Perzentil, Toleranzbereich) (f) 0,55 / 0,71 | (g) - / - / - (h) - (i) unverändert (j) - | (k) R10 (l) unverändert |
| (d) 0,58 (e) <= 3,00 % (Toleranzbereich) (f) 0,42 / 0,8 | (g) 39 / 0 (h) 0 (i) unverändert (j) 0 / 8,97 | (k) R10 (l) unverändert |
| (d) 0,89 (e) <= 4,10 (95. Perzentil, Toleranzbereich) (f) 0,75 / 1,04 | (g) 7474 / 39 / 58,14 (h) 1,29 (i) eingeschränkt/nicht vergleichbar (j) 0,44 / 3,53 | (k) R10 (l) unverändert |
| (d) 3,16 (e) <= 6,00 % (Toleranzbereich) (f) 2,99 / 3,35 | (g) 144 / 6 (h) 4,17 (i) unverändert (j) 1,92 / 8,79 | (k) R10 (l) unverändert |



› C-1.2

Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

| (a) Leistungsbereich | (b) Qualitätsindikator (c) Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus |
|--|--|
| (a) Vorbeugung eines Druckgeschwürs | (b) Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts eine erhebliche Schädigung der Haut durch Druck erworben haben, die bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke reicht (Grad/Kategorie 4) (c) nein |
| (a) Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden) | (b) Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts (c) nein |
| (a) Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden) | (b) Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausgangs der Sonden (c) nein |
| (a) Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden) | (b) Komplikationen während oder aufgrund der Operation (c) nein |
| (a) Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden) | (b) Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts (c) nein |
| (a) Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden) | (b) Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausgangs der Sonden (c) nein |
| (a) Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden) | (b) Komplikationen während oder aufgrund der Operation (c) nein |

| (d) Bundesdurchschnitt (e) Referenzbereich (bundesweit) (f) Vertrauensbereich (bundesweit) | (g) Grundgesamtheit/Beobachtet/ Erwartet (Fallzahl) (h) Rechnerisches Ergebnis (i) Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr (j) Vertrauensbereich (Krankenhaus) | (k) Ergebnis im Berichtsjahr (l) Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr |
|--|--|---|
| (d) 0,01 (e) Sentinel-Event (f) 0,01 / 0,01 | (g) 7455 / 0 / - (h) 0 (i) unverändert (j) 0 / 0,05 | (k) R10 (l) unverändert |
| (d) 0,25 (e) Sentinel-Event (f) 0,18 / 0,33 | (g) 42 / 0 / - (h) 0 (i) unverändert (j) 0 / 8,38 | (k) R10 (l) unverändert |
| (d) 97,78 (e) >= 95,00 % (Toleranzbereich) (f) 97,67 / 97,88 | (g) 238 / 229 / - (h) 96,22 (i) unverändert (j) 92,97 / 98 | (k) R10 (l) unverändert |
| (d) 0,10 (e) <= 1,00 % (Toleranzbereich) (f) 0,06 / 0,16 | (g) 42 / 0 / - (h) 0 (i) unverändert (j) 0 / 8,38 | (k) R10 (l) unverändert |
| (d) 0,20 (e) Sentinel-Event (f) 0,13 / 0,3 | (g) 68 / 0 / - (h) 0 (i) unverändert (j) 0 / 5,35 | (k) R10 (l) unverändert |
| (d) 98,39 (e) >= 95,00 % (Toleranzbereich) (f) 98,29 / 98,49 | (g) 419 / 409 / - (h) 97,61 (i) unverändert (j) 95,66 / 98,7 | (k) R10 (l) unverändert |
| (d) 0,10 (e) <= 1,00 % (Toleranzbereich) (f) 0,06 / 0,18 | (g) 68 / 0 / - (h) 0 (i) unverändert (j) 0 / 5,35 | (k) R10 (l) unverändert |



› C-1.2

Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

| (a) Leistungsbereich | (b) Qualitätsindikator (c) Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus |
|--|--|
| (a) Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader | (b) Schlaganfall oder Tod nach Operation bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit und gleichzeitiger Operation zur Überbrückung eines verengten Gefäßes (c) nein |
| (a) Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader | (b) Schwerer Schlaganfall oder Tod nach Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle (c) nein |
| (a) Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader | (b) Angebrachter Grund für den Eingriff (mittels Katheter) bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit (c) nein |
| (a) Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader | (b) Schlaganfall oder Tod während des Eingriffs (mittels Katheter) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle (c) nein |
| (a) Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader | (b) Angebrachter Grund für den Eingriff (mittels Katheter) bei einer um 50 % verengten Halsschlagader und Beschwerden (c) nein |
| (a) Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader | (b) Schwerer Schlaganfall oder Tod nach dem Eingriff (mittels Katheter) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle (c) nein |
| (a) Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader | (b) Schlaganfall oder Tod während der Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle (c) nein |

| (d) Bundesdurchschnitt (e) Referenzbereich (bundesweit) (f) Vertrauensbereich (bundesweit) | (g) Grundgesamtheit/Beobachtet/ Erwartet (Fallzahl) (h) Rechnerisches Ergebnis (i) Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr (j) Vertrauensbereich (Krankenhaus) | (k) Ergebnis im Berichtsjahr (l) Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr |
|--|--|---|
| (d) 6,64 (e) Sentinel-Event (f) 4,19 / 10,38 | (g) 40 / 37 / - (h) 92,50 (i) unverändert (j) 0,14 / 97,42 | (k) U32 (l) unverändert |
| (d) 1,17 (e) <= 3,95 (95. Perzentil, Toleranzbereich) (f) 1,06 / 1,29 | (g) - / - / - (h) 1,5 (i) eingeschränkt/nicht vergleichbar (j) 0,41 / 5,36 | (k) R10 (l) unverändert |
| (d) 98,53 (e) >= 95,00 % (Zielbereich) (f) 98,03 / 98,9 | (g) 11 / 10 / - (h) 90,91 (i) unverändert (j) 62,26 / 98,38 | (k) U32 (l) unverändert |
| (d) 1,00 (e) <= 2,82 (95. Perzentil, Toleranzbereich) (f) 0,89 / 1,11 | (g) 11 / 0 / 0,2 (h) 0 (i) eingeschränkt/nicht vergleichbar (j) 0 / 14,35 | (k) R10 (l) unverändert |
| (d) 99,56 (e) >= 95,00 % (Zielbereich) (f) 99,16 / 99,77 | (g) - / - / - (h) - (i) - (j) - | (k) N01 (l) eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| (d) 1,05 (e) <= 4,26 % (Zielbereich) (f) 0,92 / 1,2 | (g) 11 / 0 / 0,08 (h) 0 (i) eingeschränkt/nicht vergleichbar (j) 0 / 35,1 | (k) R10 (l) unverändert |
| (d) 1,10 (e) <= 2,90 % (Zielbereich) (f) 1,02 / 1,19 | (g) 178 / 4 / 2,79 (h) 1,43 (i) eingeschränkt/nicht vergleichbar (j) 0,56 / 3,59 | (k) R10 (l) unverändert |



› C-1.2

Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

(a) Leistungsbereich

(b) Qualitätsindikator

(c) Indikator mit Bezug zu Infektionen im
Krankenhaus

(a) Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader

(b) Angebrachter Grund für eine Operation bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit
(c) nein

(a) Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader

(b) Angebrachter Grund für eine Operation bei einer um 50 % verengten Halsschlagader und Beschwerden
(c) nein

| (d) Bundesdurchschnitt (e) Referenzbereich (bundesweit) (f) Vertrauensbereich (bundesweit) | (g) Grundgesamtheit/Beobachtet/ Erwartet (Fallzahl) (h) Rechnerisches Ergebnis (i) Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr (j) Vertrauensbereich (Krankenhaus) | (k) Ergebnis im Berichtsjahr (l) Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr |
|--|--|---|
| (d) 98,96 (e) >= 95,00 % (Zielbereich) (f) 98,78 / 99,12 | (g) 146 / 145 / - (h) 99,32 (i) unverändert (j) 96,22 / 99,88 | (k) R10 (l) unverändert |
| (d) 99,82 (e) >= 95,00 % (Zielbereich) (f) 99,71 / 99,89 | (g) 25 / 25 / - (h) 100 (i) unverändert (j) 86,68 / 100 | (k) R10 (l) unverändert |

C-2

Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V

Über § 136a und § 136b 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

keine Angaben

C-6

Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V
(„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 |
|---|-------------|
| Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen) | 54 Personen |
| Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt: | 45 Personen |
| Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben | 39 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.
- » Ganzheitliche 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 gut 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.

Dabei berücksichtigen wir die Selbstbestimmung der Patienten unter Beachtung ihrer sozialen und kulturellen Bindungen. Den Patienten nahestehende Personen werden von uns mit einbezogen, professionell unterstützt und begleitet.

Wir sind aktiv an der Umsetzung der Qualitätsziele und an der Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems beteiligt.

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.

Bad Bevensen, Juni 1996 – zuletzt geändert im Mai 2018

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 bestmöglichen Behandlung der Patienten sowie 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 9001:2015

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 Chefarzt der Rehabilitationsklinik
- » 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, das sich interdisziplinär und interprofessionell zusammensetzt.

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 Bereichen durch die unabhängige Zertifizierungsgesellschaft, LGA InterCert, ein externes Überwachungsaudit 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 Blutabor 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:

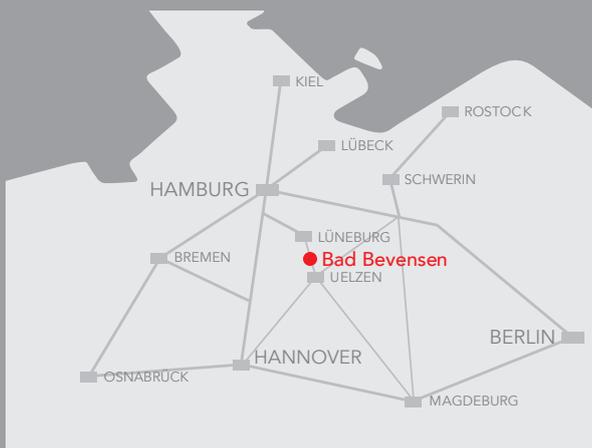
Amedick & Sommer, Stuttgart

Realisation:

Fatma Jandali, Kommunikationsdesignerin, Oldenburg

Texte:

Anette Alberternst, Qualitätsmanagement,
Herz- und Gefäßzentrum Bad Bevensen
Birga Berndsen Communications, Hamburg



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

