

# Das HGZ – Ihr Zentrum für Herz- und Gefäßmedizin

Qualitätsbericht 2018



## Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

### Inhalt

3	Editorial	53	B-3 Gefäßzentrum – Klinik für Gefäßchirurgie
5	Das HGZ im Überblick		
7	Zusätzliche wichtige Qualitäts- und Leistungszahlen	61	B-4 Gefäßzentrum – Klinik für Angiologie
9	Kliniken und Leistungen des HGZ auf einen Blick	69	B-5 Gefäßzentrum – Klinik für Radiologie
11	A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	74	B-6 Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin
32	B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/ Fachabteilungen	80	C Qualitätssicherung
37	B-1 Klinik für Kardiologie	100	D Qualitätsmanagement
45	B-2 Klinik für Herz-Thorax-Chirurgie		

## Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

„Spitzenmedizin mit Herz“ – dies ist Leitmotiv und zugleich Qualitätsanspruch jedes einzelnen Mitarbeiters im Herz- und Gefäßzentrum Bad Bevensen (HGZ). Und genau dieser Anspruch eines Jeden ist Basis unserer Zusammenarbeit – daran können Sie uns messen. Somit kommen wir, wie in jedem Jahr, der Verpflichtung zur Veröffentlichung des Qualitätsberichts gern nach.

Mit dem vorliegenden Bericht möchten wir Patienten, zuweisenden Ärzten und anderen Interessierten einen Überblick über Einrichtungen und Leistungen geben. Insbesondere Patienten sollen im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung durch die Veröffentlichung unseres medizinischen Spektrums, unserer medizintechnischen Ausstattung und unserer Strukturen eine Orientierung und Entscheidungshilfe erhalten. Denn Transparenz ist für uns gleichbedeutend mit der Schaffung von Vertrauen – und Vertrauen ist die Grundlage für jede erfolgreiche medizinische Behandlung.

Der hohe Anspruch an die Qualität unserer Arbeit kennzeichnet den gesamten Behandlungsprozess unserer Patienten – von der Aufnahme über die Diagnostik und Therapie bis hin zur Rehabilitation und Entlassung. So legt das HGZ einen besonderen Fokus auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit, damit die Patienten sowohl auf diagnostischem als auch auf therapeutischem Gebiet die für ihr Krankheitsbild optimale Behandlung erhalten. Für diese und weitere wichtige Leistungen - zum Beispiel Hygiene, Sicherheit oder Verpflegung - haben wir Qualitätskriterien entwickelt, die häufig über das gesetzlich geforderte Maß hinausgehen.

Ein Schwerpunkt der Aktivitäten im HGZ lag 2018 unter anderem auf der Digitalisierung – ein Prozess, der auch in den kommenden Jahren kontinuierlich fortgeführt werden wird. Neben der Einführung elektronischer OP-Pläne, Befundübermittlungen oder Patientenkurven hat vor allem beim Neubau

der Intensiv-Landschaft modernste Technik Einzug gehalten, die sämtliche Abläufe optimiert und dabei ein hohes Maß an Sicherheit gewährleistet.

Neben der Inbetriebnahme des Neubaus Ende 2019 wurde der Qualitätsanspruch an eine hochspezialisierte und moderne Medizin und Pflege mit einem weiteren Projekt manifestiert: der Gründung einer eigenen Pflegeschule am HGZ. Hier wird durch die Ausbildung qualifizierter und kompetenter Mitarbeiter auch in Zukunft der hohe Qualitätsstandard des Hauses sichergestellt.

Wir wünschen Ihnen mit diesem Qualitätsbericht interessante und informative Einblicke in unsere alltägliche Arbeit. Viele weitere Informationen zu unseren Einrichtungen und unserem Leistungsspektrum finden Sie auch auf unserer Homepage ([www.hgz-bb.de](http://www.hgz-bb.de)). Und wenn Sie Fragen haben, sprechen Sie uns gern an.



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.

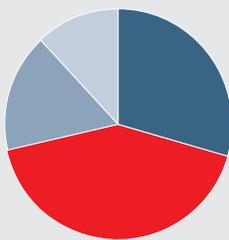
Neben der Qualität der medizinischen Versorgung trägt auch das Umfeld viel zum positiven Verlauf des Klinikaufenthaltes bei. Patienten schätzen an Bad Bevensen die Ruhe, die die Konzentration auf das Wesentliche ermöglicht: den Genesungsweg zurück in ein aktives, selbstbestimmtes Leben. Das HGZ liegt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

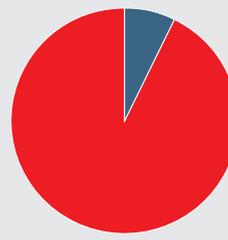
### Operationen am Herzen



2018 führte das HGZ insgesamt 1.376 Operationen am offenen Herzen durch. Diese beinhalten alle Operationen am Herzen mit Einsatz der Herz-Lungen-Maschine (HLM) als auch die Eingriffe ohne deren Einsatz, sogenannte OPCABs (off pump coronary artery bypass).

- Bypasseingriffe inkl. OPCAB 42 %
- Herzklappenoperationen 30 %
- Kombinationseingriffe 16 %
- Sonstige Operationen 12 %

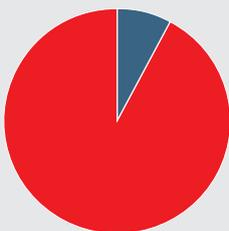
### Off-Pump Anteil in der Koronarchirurgie



2018 wurde in 7 % 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 93 %
- ohne HLM 7 %

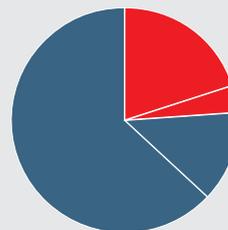
### Isolierte und kombinierte Eingriffe an Patienten mit einer koronaren Mehrgefäßerkrankung



92 % 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 92 %
- Patienten (jünger als 75 Jahre) mit nur einem arteriellen Graft 8 %

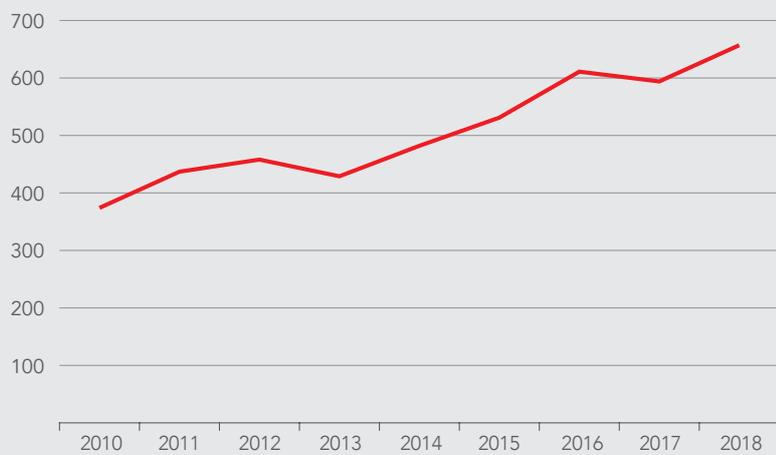
### Ersatz und Rekonstruktion von Mitralklappen



Der Anteil der Rekonstruktionen von Mitralklappen in 2018 belief sich auf 76%. 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.

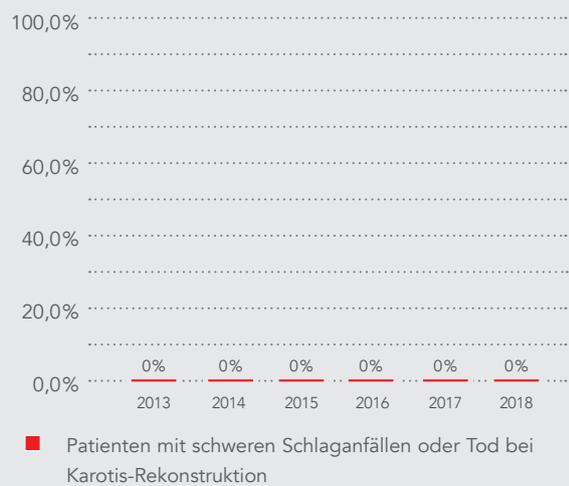
- Mitralklappen-Rekonstruktion 76 % (davon: Isoliert 13 %, Kombiniert 63 %)
- Mitralklappen-Ersatz 24 % (davon: Isoliert: 20 %, Kombiniert 4 %)

Entwicklung der (Haupt- und definierten) Herzinsuffizienzdiagnosen (HGZ 2010-2018)



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

URL für weitere Informationen:

Webadresse	<a href="http://www.hgz-bb.de/das-hgz/qualitaetsmanagement">www.hgz-bb.de/das-hgz/qualitaetsmanagement</a>
------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------

A-1  
A-1.1  
Kontaktdaten

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

A-1.2  
Ärztliche Leitung des Krankenhauses

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-1.2**  
Pflegedienstleitung des Krankenhauses

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

**A-1.3**  
Verwaltungsleitung des Krankenhauses

<b>Titel</b>	Diplom-Kaufmann
<b>Vorname</b>	Dirk
<b>Name</b>	Ludemann
<b>Position</b>	Vorstand
<b>Telefon</b>	05821 82-1484
<b>Telefax</b>	05821 82-1666
<b>E-Mail</b>	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	Kommentar / Erläuterung
MP04	Atemgymnastik/-therapie	Reflektorische Atemtherapie, Kurs „Atmung und Entspannung“
MP08	Berufsberatung / Rehabilitationsberatung	Trauerbegleitung
MP09	Besondere Formen / Konzepte der Betreuung von Sterbenden	
MP10	Bewegungsbad / Wassergymnastik	
MP11	Sporttherapie / Bewegungstherapie	Funktionstraining, Kraft-Ausdauer-Schulung
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassungsmanagement / Brückenpflege / Überleitungs- pflege	



› A-5  
Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	Arbeitsplatztraining, Hirnleistungstraining, Alltagstraining
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP21	Kinästhetik	
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	Rekreationstherapie
MP24	Manuelle Lymphdrainage	apparative Entstauungstherapie
MP25	Massage	
MP26	Medizinische Fußpflege	extern
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	Reizstromtherapie
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	Nichtraucher-Kurse, Koronarsport
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	Progressive Muskelentspannung nach Jacobsen
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	kann bei Bedarf konsiliarisch hinzugezogen werden
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	Infrarotbestrahlung
MP51	Wundmanagement	spezielle Versorgung chronischer Wunden wie Dekubitus und Ulcus cruris
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Defi-Treff
MP53	Aromapflege/-therapie	
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	
MP63	Sozialdienst	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Vorträge, Informationsveranstaltungen, Mosaik - Aktivforum
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 Begleitdienst 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 gemäß interner Dolmetscherliste
BF32	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden Raum der Stille

A-8

A-8.1

Forschung und akademische Lehre

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
HB03	Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin eigene Physiotherapieschule
HB07	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)
HB07	Anästhesietechnischer Assistent und Anästhesietechnische Assistentin (ATA)

A-9

Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

165

A-10  
Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

Vollstationäre Fallzahl	7.383
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	3.725

A-11  
Personal des Krankenhauses

A-11.1  
Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	80,03	Vollkräfte
Davon Fachärzte und Fachärztinnen	51,48	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	212,66	Vollkräfte
Davon ohne Fachabteilungszuordnung	24,51	Vollkräfte

› A-11.2  
Pflegepersonal

	Anzahl	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	3,81	Vollkräfte
Davon ohne Fachabteilungszuordnung	0,83	Vollkräfte
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	5,6	Vollkräfte
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	9,21	Vollkräfte
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	2,82	Vollkräfte
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	6,97	Vollkräfte
Davon ohne Fachabteilungszuordnung	5,54	Vollkräfte
Medizinische Fachangestellte	30,07	Vollkräfte
Davon ohne Fachabteilungszuordnung	13,04	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 der praktischen Tätigkeit	0 Vollkräfte



› A-11.3

Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	Anzahl
Ergotherapeuten Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden.	0 Vollkräfte
Physiotherapeuten	3,81 Vollkräfte
Sozialpädagogen Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden.	0 Vollkräfte

A-11.4

Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl
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	4,14 Vollkräfte
SP23	Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden.	0 Vollkräfte
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden.	0 Vollkräfte
SP26	Sozialpädagogin und Sozialpädagoge Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden.	0 Vollkräfte

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl
SP28	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden.	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)	12,49 Vollkräfte
SP56	Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA)	6,46 Vollkräfte
SP61	Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik	49,33 Vollkräfte

## A-12

### A-12.1.1

Verantwortliche Personen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Name	Funktion	Telefon	Telefax	E-Mail
Anna Katharina Hubert M.A.	Qualitätsmanagementbeauftragte	05821 82-3709	05821 82-1666	a.hubert@hgz-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

bei Bedarf

#### 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, Informationssicherheit, Controlling, Finanzen, Personal

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 QM-Handbuch 2021-08-21
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
RM03	Mitarbeiterbefragungen
RM04	Klinisches Notfallmanagement Notfallplan des Herz- und Gefäßzentrums Bad Bevensen 2009-09-30
RM05	Schmerzmanagement Anordnungs- und Überwachungsbogen Schmerztherapie 2019-09-26
RM06	Sturzprophylaxe Sturzrisikoeinschätzung 2018-06-19

Nr.	Instrument / Maßnahme
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) Pflegestandard Dekubitusprophylaxe 2017-05-04
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen Umgang mit freiheitsentziehende Maßnahmen 2019-10-11
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten Meldung bei Vorkommnissen mit Medizinprodukten 2018-05-29
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen Tumorkonferenzen, Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen, Qualitätszirkel
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen Umgang mit Patientenidentifikationsarmbändern 2016-02-24
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung Aufwachraumstandards 2019-09-06
RM18	Entlassungsmanagement Durchführung des Entlassmanagements 2019-01-22

#### 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 2017-08-22
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen jährlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem halbjährlich

#### A-12.2.3.2

Teilnahme an einrichtungsübergreifendem Fehlermeldesystem

Nein

#### A-12.3

##### A-12.3.1

Personal des Krankenhauses: Hygienepersonal

	Anzahl	
Krankenhaustygieniker und Krankenhaustygienikerinnen	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

<b>Eine Hygienekommission wurde eingerichtet</b>	Ja (Tagungsfrequenz der Hygienekommission: quartalsweise)		
<b>Vorsitzende/r</b>	Dr. med. Aiman Alken Chefarzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin	Telefon: 05821 82-1621 Telefax: 05821 82-1629	dr.alken@hgz-bb.de

### A-12.3.2

#### A-12.3.2.1

##### Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Kein Einsatz von zentralen Venenverweilkathetern?	Nein
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
Kopfhäube	Ja
Mund-Nasen-Schutz	Ja
steriles Abdecktuch	Ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	Ja
Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor?	Ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	Ja

### A-12.3.2.2

#### Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor?	Ja
Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst?	Ja
Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert?	Ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor?	Ja
Der Standard thematisiert insbesondere	
a) Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe	Ja
b) Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	Ja
c) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe?	Ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert?	Ja
Die standardisierte Antibiotikaprophylaxe 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	86,1 ml/Patiententag
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen	25,3 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 ( <a href="http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html">www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html</a> )?	Ja
Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung 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

› 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
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. <a href="http://www.hgz-bb.de/das-hgz/qualitaetsmanagement/fuer-ihre-zufriedenheit">www.hgz-bb.de/das-hgz/qualitaetsmanagement/fuer-ihre-zufriedenheit</a>
Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	Ja
Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren	Ja Briefkästen Lob & Kritik <a href="http://www.hgz-bb.de/das-hgz/qualitaetsmanagement/fuer-ihre-zufriedenheit">www.hgz-bb.de/das-hgz/qualitaetsmanagement/fuer-ihre-zufriedenheit</a>
Patientenbefragungen	Nein 2018 wurde eine Patientenbefragung in der Rehabilitationsklinik durchgeführt.
Einweiserbefragungen	Nein 2018 wurde keine Einweiserbefragung durchgeführt.

#### Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Name	Funktion	Telefon	Telefax	E-Mail
Diplom-Pflegewirtin Anette Alberternst	Qualitätsmanage- mentbeauftragte	05821 82-3708	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-12.5

##### Arzneimitteltherapiesicherheit

AMTS ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für Patientinnen und Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen ist, dass AMTS als integraler Bestandteil der täglichen Routine in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz gelebt wird.

##### A-12.5.1

##### Verantwortliches Gremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe oder ein zentrales Gremium, die oder das sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht?

ja – Arzneimittelkommission

#### A-12.5.2

##### Verantwortliche Person

Name	Funktion	Telefon	Telefax	E-Mail
Dr. med. Aiman Alken	Chefarzt Anästhesiologie und Intensivmedizin	05821 82-1621	05821 82-1629	dr.alken@hgz-bb.de

#### A-12.5.3

##### Pharmazeutisches Personal

	Anzahl	
Apotheker	7 Personen	externe Krankenhausversorgung
weiteres pharmazeutisches Personal	20 Personen	externe Krankenhausversorgung

#### A-12.5.4

##### Instrumente und Maßnahmen

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z. B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt, bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat.

Nr.	Einrichtungsinternes Fehlermeldesystem
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
AS03	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese Software-unterstützte standardisierte Erfassung im AID-Klinik als Scan des BMP, Scanner-unterstützte Brown-Bag Analyse 2019-04-03
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
AS06	SOP zur guten Verordnungspraxis hauseigene, regelmäßig aktualisierte Arzneimittelstandards für diverse Indikationen vorhanden
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe, ifap klinikCenter, Gelbe Liste, Fachinfo-Service)
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln Sonstige: Antiinfekta-Zubereitung nach Vorgabe Antiinfekta-Leitfaden
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln jährlich
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern Fallbesprechungen, Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs, Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen, Aushändigung des Medikationsplans, bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

A-13

Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h-Notfall- verfügbarkeit
AA01	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	✓
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	✓
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	✓
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nieren- versagen (Dialyse)	✓
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung		✓
AA18	Hochfrequenztherapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elek- trischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	
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 82-828888
E-Mail	ba.rempis@hgz-bb.de
Webadresse	<a href="http://www.hgz-bb.de/kliniken-pflege/akutkliniken-leistungen/klinik-fuer-kardiologie">www.hgz-bb.de/kliniken-pflege/akutkliniken-leistungen/klinik-fuer-kardiologie</a>

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	4.150
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-1.6

Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10 Ziffer*	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I48.0	479	Vorhofflimmern, paroxysmal
2	I50.13	353	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung
3	I20.8	345	Sonstige Formen der Angina pectoris
4	I48.0	208	Vorhofflimmern, paroxysmal
5	I10.01	170	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
6	Z03.4	157	Beobachtung bei Verdacht auf Herzinfarkt
7	I21.4	112	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt
8	I50.01	112	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz
9	I48.3	100	Vorhofflattern, typisch
10	I47.1	96	Supraventrikuläre Tachykardie

\*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	2.343	Transösophageale Echokardiographie [TEE]
2	1-710	1.775	Ganzkörperplethysmographie
3	8-930	1.414	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
4	1-275.2	851	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel
5	3-030	783	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel
6	1-791	761	Kardiorespiratorische Polygraphie
7	1-275.0	657	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen
8	1-273.1	645	Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Oxymetrie
9	1-711	582	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität
10	8-933	578	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie

## 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		

## ■ 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)	29,83 Vollkräfte	149,12
davon Fachärzte und Fachärztinnen	20,26 Vollkräfte	227,27

#### 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	76,28 Vollkräfte	56,63
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	0,52 Vollkräfte	7.980,77
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	3,78 Vollkräfte	1.097,88
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	3,19 Vollkräfte	1.300,94
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	1,31 Vollkräfte	3.167,94
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	1,43 Vollkräfte	2.902,1
Medizinische Fachangestellte	6,52 Vollkräfte	636,50

### 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
<b>Diplom Psychologen</b> Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden.	0	Vollkräfte	
<b>Ergotherapeuten</b> Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden.	0	Vollkräfte	
<b>Physiotherapeuten</b>	1	Vollkraft	4.150
<b>Sozialpädagogen</b> 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	<a href="http://www.hgz-bb.de/kliniken-pflege/akutkliniken-leistungen/klinik-fuer-herz-thorax-chirurgie">www.hgz-bb.de/kliniken-pflege/akutkliniken-leistungen/klinik-fuer-herz-thorax-chirurgie</a>

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	1.410
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-2.6

Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10 Ziffer*	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I20.8	312	Sonstige Formen der Angina pectoris
2	I21.4	225	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt
3	I35.2	218	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz
4	I35.0	123	Aortenklappenstenose
5	I34.0	53	Mitralklappeninsuffizienz
6	I21.0	50	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand
7	I20.0	39	Instabile Angina pectoris
8	I21.1	27	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand
9	I33.0	27	Akute und subakute infektiöse Endokarditis
10	I25.13	26	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung

\*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	3-052	1161	Transösophageale Echokardiographie [TEE]
2	5-98e	403	Intraoperative Blutflussmessung in Gefäßen
3	5-361.03	307	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Arterien
4	3-030	294	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel
5	5-361.07	282	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz
6	5-379.5	249	Andere Operationen an Herz und Perikard: Reoperation
7	5-361.17	181	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass zweifach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz
8	5-361.13	166	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass zweifach: Mit autogenen Arterien
9	5-361.27	151	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass dreifach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz
10	5-351.02	147	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Aortenklappe: Durch Xenotransplantat (Bioprothese)

## 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)	Vor- und nachstationäre Behandlung	Untersuchung und Beratung vor stationären Behandlungen (VX00)
	Untersuchung und Beratung vor stationären Behandlungen		
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Vor- und nachstationäre Behandlung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax (VC34)
	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax		
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)	17,01 Vollkräfte	82,9
Davon Fachärzte und Fachärztinnen	10,11 Vollkräfte	139,47

Fachexpertise der Abteilungen

Nr.	Facharztqualifikationen
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ08	Herzchirurgie
AQ12	Thoraxchirurgie

Nr.	Zusatzqualifikation
ZF15	Intensivmedizin

## Klinik für Herz-Thorax-Chirurgie

### B-2.11.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Fälle je Vollkraft
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	73,84 Vollkräfte	19,1
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	1,56 Vollkräfte	903,85
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	6,02 Vollkräfte	234,22
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	0,86 Vollkräfte	1639,54
Medizinische Fachangestellte	1,52 Vollkräfte	927,63

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie
PQ05	Leitung einer Stationen/ eines Bereichs
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
<b>Diplom Psychologen</b> Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden.	0	Vollkräfte	
<b>Ergotherapeuten</b> Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden.	0	Vollkräfte	
<b>Physiotherapeuten</b>	1,89	Vollkräfte	746,03
<b>Sozialpädagogen</b> 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	<a href="http://www.hgz-bb.de/kliniken-pflege/akutkliniken-leistungen/klinik-fuer-gefaesschirurgie-und-wundzentrum">www.hgz-bb.de/kliniken-pflege/akutkliniken-leistungen/klinik-fuer-gefaesschirurgie-und-wundzentrum</a>

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	1.256
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-3.6

Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10 Ziffer*	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I70.2	246	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m
2	I70.24	161	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration
3	I65.2	155	Verschluss und Stenose der A. carotis
4	I71.4	118	Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur
5	I70.25	100	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän
6	I70.23	54	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz
7	E11.74	42	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
8	I72.4	31	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität
9	I71.6	25	Aortenaneurysma, thorakoabdominal, ohne Angabe einer Ruptur
10	I74.3	23	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten

\*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	760	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten
2	3-605	567	Arteriographie der Gefäße des Beckens
3	3-604	322	Arteriographie der Gefäße des Abdomens
4	8-836.0s	239	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Arterien Oberschenkel
5	5-983	234	Reoperation
6	8-836.0c	230	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Gefäße Unterschenkel
7	8-83b.c2	181	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlusssystem: Nahtsystem
8	5-930.3	178	Art des Transplantates: Xenogen
9	5-381.70	174	Enderarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. femoralis
10	5-381.01	156	Enderarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus

## ■ 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 Wundenkrankungen (VX00)
AM07	Privatambulanz		
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Behandlung	Untersuchung und Beratung vor und nach stationären Behandlungen (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)	8,19 Vollkräfte	159,19
Davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,05 Vollkräfte	264,42

#### Fachexpertise der Abteilungen

Nr.	Facharztqualifikationen
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ07	Gefäßchirurgie
AQ12	Thoraxchirurgie
AQ13	Viszeralchirurgie

Nr.	Zusatzqualifikation
ZF28	Notfallmedizin

## ■ Gefäßzentrum – Klinik für Gefäßchirurgie

### B-3.11.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Fälle je Vollkraft
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	13,84 Vollkräfte	90,75
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	1,82 Vollkräfte	690,11
Medizinische Fachangestellte	1,7 Vollkräfte	738,82

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilungen

Nr.	Fachqualifikationen
PQ05	Leitung einer Stationen/eines Bereichs
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
<b>Diplom Psychologen</b> Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden.	0	Vollkräfte	
<b>Ergotherapeuten</b> Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden.	0	Vollkräfte	
<b>Physiotherapeuten</b>	0,83	Vollkräfte	1.513,25
<b>Sozialpädagogen</b> 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	<a href="http://www.hgz-bb.de/kliniken-pflege/akutkliniken-leistungen/klinik-fuer-angiologie">www.hgz-bb.de/kliniken-pflege/akutkliniken-leistungen/klinik-fuer-angiologie</a>

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	567
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-4.6

Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10 Ziffer*	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I70.2	346	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m
2	I80.28	29	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten
3	I70.23	23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz
4	I70.24	21	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration
5	A46	15	Erysipel [Wundrose]
6	I77.1	12	Arterienstriktur
7	I89.01	12	Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en), Stadium II
8	I89.09	8	Lymphödem, nicht näher bezeichnet
9	I73.0	7	Raynaud-Syndrom
10	I87.21	7	Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher) 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	702	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten
2	3-605	484	Arteriographie der Gefäße des Beckens
3	8-836.0s	291	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Arterien Oberschenkel
4	8-83b.c3	182	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlusssystems: Clipsystem
5	8-836.0q	171	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Andere Arterien abdominal und pelvin
6	3-604	163	Arteriographie der Gefäße des Abdomens
7	8-83b.c5	119	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlusssystems: Resorbierbare Plugs ohne Anker
8	8-840.0q	111	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: Andere Arterien abdominal und pelvin
9	8-840.0s	107	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: Arterien Oberschenkel
10	8-836.0c	101	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Gefäße Unterschenkel

## ■ 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)	5,07	Vollkräfte	121,41
Davon Fachärzte und Fachärztinnen	2,87	Vollkräfte	229,55

#### 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	10,01 Vollkräfte	56,64
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	0,12 Vollkräfte	4.725
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	0,65 Vollkräfte	872,31
Medizinische Fachangestellte	0,68 Vollkräfte	833,82

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilungen

Nr.	Fachqualifikationen
PQ05	Leitung einer Stationen/eines Bereichs
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
<b>Diplom Psychologen</b> Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden.	0	Vollkräfte	
<b>Ergotherapeuten</b> Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden.	0	Vollkräfte	
<b>Physiotherapeuten</b>	0,42	Vollkräfte	1.350
<b>Sozialpädagogen</b> 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	<a href="http://www.hgz-bb.de/kliniken-pflege/akutkliniken-leistungen/klinik-fuer-radiologie">www.hgz-bb.de/kliniken-pflege/akutkliniken-leistungen/klinik-fuer-radiologie</a>

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	2.154	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
2	8-930	1.414	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
3	3-991	1.162	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
4	3-993	1.136	Quantitative Bestimmung von Parametern
5	3-225	1.017	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
6	3-222	943	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
7	3-607	702	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten
8	3-200	610	Native Computertomographie des Schädels
9	3-992	580	Intraoperative Anwendung der Verfahren
10	3-202	411	Native Computertomographie des Thorax

## ■ 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)	5,05	Vollkräfte
Davon Fachärzte und Fachärztinnen	3,38	Vollkräfte
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0	Vollkräfte

## ■ Gefäßzentrum – Klinik für Radiologie

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilungen

Nr.	Facharztqualifikationen
AQ54	Radiologie

### B-5.11.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Fälle je Vollkraft
Medizinische Fachangestellte	4,17	Vollkräfte

### B-5.11.3 therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl	Fälle je Vollkraft
<b>Diplom Psychologen</b> Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden.	0	Vollkräfte
<b>Ergotherapeuten</b> 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	dr.alken@hgz-bb.de
Webadresse	<a href="http://www.hgz-bb.de/kliniken-pflege/akutkliniken-leistungen/klinik-fuer-anaesthesiologie-und-intensivmedizin">www.hgz-bb.de/kliniken-pflege/akutkliniken-leistungen/klinik-fuer-anaesthesiologie-und-intensivmedizin</a>

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	8-930	1504	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
2	3-052	1161	Transösophageale Echokardiographie [TEE]
3	3-990	955	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
4	8-980.0	950	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte
5	8-800.c0	860	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE
6	3-607	702	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten
7	8-701	467	Einfache endotracheale Intubation
8	8-854.2	367	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation
9	8-706	295	295 Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung
10	8-980.10	290	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte

## ■ 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)	14,88	Vollkräfte
Davon Fachärzte und Fachärztinnen	9,81	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	14,18 Vollkräfte	
Medizinische Fachangestellte	2,44 Vollkraft	

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilungen

Nr	Fachqualifikationen
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ08	Pflege im Operationsdienst

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
<b>Diplom Psychologen</b> Es kann auf Anfrage auf das Personal der Klinik für kardiologische und angiologische Rehabilitation zurückgegriffen werden.	0	Vollkräfte
<b>Ergotherapeuten</b> 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	28	100
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	56	100
Herzschrittmacher-Implantation	241	100
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	60	100
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel	58	100
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	84	100
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	61	100
Karotis-Revaskularisation	186	100
Pflege: Dekubitusprophylaxe	105	101,9

### 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) Ambulant erworbene Pneumonie	(b) Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (c) nein
(a) Ambulant erworbene Pneumonie	(b) Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen (c) nein
(a) Ambulant erworbene Pneumonie	(b) Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von acht Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus) (c) nein
(a) Ambulant erworbene Pneumonie	(b) Antimikrobielle Therapie innerhalb von acht Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus) (c) nein
(a) Ambulant erworbene Pneumonie	(b) Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Index = 1 oder 2) (c) nein
(a) Ambulant erworbene Pneumonie	(b) Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von acht Stunden nach Aufnahme (c) nein
(a) Ambulant erworbene Pneumonie	(b) Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (c) nein
(a) Ambulant erworbene Pneumonie	(b) Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von acht Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus) (c) nein

(d) Bundesergebnis (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) 96,49 (e) $\geq 95,00\%$ (f) 96,42 / 96,55	(g) 26 / 25 / - (h) 96,15 (i) unverändert (j) 81,11 / 99,32	(k) R10 (l) unverändert
(d) 1,06 (e) simpara > (f) 1,05 / 1,07	(g) 28 / 0 / 2,58 (h) 0 (i) eingeschränkt/nicht vergleichbar (j) 0 / 1,31	(k) R10 (l) unverändert
(d) 97,25 (e) nicht definiert (f) 96,91 / 97,56	(g) - / - / - (h) - (i) unverändert (j) -	(k) N02 (l) eingeschränkt/nicht vergleichbar
(d) 95,1 (e) $\geq 90,00\%$ (f) 95,01 / 95,18	(g) 26 / 26 / - (h) 100 (i) unverändert (j) 87,13 / 100	(k) R10 (l) unverändert
(d) 93,87 (e) $\geq 90,00\%$ (f) 93,74 / 93,99	(g) 19 / 18 / - (h) 94,74 (i) unverändert (j) 75,36 / 99,06	(k) R10 (l) unverändert
(d) 98,49 (e) $\geq 95,00\%$ (f) 98,45 / 98,54	(g) 28 / 28 / - (h) 100 (i) unverändert (j) 87,94 / 100	(k) R10 (l) unverändert
(d) 95,56 (e) $\geq 95,00\%$ (f) 95,47 / 95,66	(g) 24 / 24 / - (h) 100 (i) unverändert (j) 86,2 / 100	(k) R10 (l) eingeschränkt/nicht vergleichbar
(d) 98,54 (e) nicht definiert (f) 98,49 / 98,58	(g) 26 / 26 / - (h) 100 (i) unverändert (j) 87,13 / 100	(k) N02 (l) eingeschränkt/nicht vergleichbar



› 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) Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	(b) Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden (c) nein
(a) Herzschrittmacher-Implantation	(b) Sondendislokation oder -dysfunktion (c) nein
(a) Herzschrittmacher-Implantation	(b) Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen (c) nein
(a) Herzschrittmacher-Implantation	(b) Leitlinienkonforme Systemwahl (c) nein
(a) Herzschrittmacher-Implantation	(b) Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln (c) nein
(a) Herzschrittmacher-Implantation	(b) Systeme 1. Wahl (c) nein
(a) Herzschrittmacher-Implantation	(b) Verhältnis der beobachteten zu erwarteten Rate (O/E) an Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres (c) ja
(a) Herzschrittmacher-Implantation	(b) Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres (c) nein

(d) Bundesergebnis (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) 98,12 (e) >= 95,00 % (f) 98,02 / 98,22	(g) 289 / 265 / - (h) 91,7 (i) unverändert (j) 87,94 / 94,36	(k) H20 (l) eingeschränkt / nicht vergleichbar
(d) 1,44 (e) simpara> (f) 1,36 / 1,53	(g) 241 / 5 / - (h) 2,07 (i) unverändert (j) 0,89 / 4,76	(k) R10 (l) unverändert
(d) 95,74 (e) >= 90,00 % (f) 95,66 / 95,81	(g) 841 / 805 / - (h) 95,72 (i) unverändert (j) 94,13 / 96,89	(k) R10 (l) unverändert
(d) 98,55 (e) >= 90,00 % (f) 98,46 / 98,64	(g) 208 / 204 / - (h) 98,08 (i) unverändert (j) 95,16 / 99,25	(k) R10 (l) unverändert
(d) 89,25 (e) >= 60,00 % (f) 89,04 / 89,45	(g) 297 / 235 / - (h) 79,12 (i) eingeschränkt / nicht vergleichbar (j) 74,15 / 83,36	(k) R10 (l) eingeschränkt / nicht vergleichbar
(d) 96,85 (e) nicht definiert (f) 96,72 / 96,98	(g) 208 / 202 / - (h) 97,12 (i) unverändert (j) 93,85 / 98,67	(k) N02 (l) eingeschränkt / nicht vergleichbar
(d) 1,06 (e) simpara> (f) 0,93 / 1,19	(g) - / - / - (h) 4,24 (i) eingeschränkt / nicht vergleichbar (j) 1,45 / 12,2	(k) R10 (l) eingeschränkt / nicht vergleichbar
(d) 1,02 (e) simpara> (f) 0,98 / 1,05	(g) 195 / 16 / 8,57 (h) 1,87 (i) eingeschränkt / nicht vergleichbar (j) 1,16 / 2,94	(k) R10 (l) eingeschränkt / nicht vergleichbar

› 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) Herzschrittmacher-Implantation	(b) Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen (c) nein
(a) Herzschrittmacher-Implantation	(b) Systeme 3. Wahl (c) nein
(a) Herzschrittmacher-Implantation	(b) Systeme 2. Wahl (c) nein
(a) Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/-Explantation	(b) Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen (c) nein
(a) Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/-Explantation	(b) Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantiert er Sonden (c) nein
(a) Implantierbare Defibrillatoren- Aggregatwechsel	(b) Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden (c) nein
(a) Implantierbare Defibrillatoren- Implantation	(b) Leitlinienkonforme Indikation (c) nein
(a) Implantierbare Defibrillatoren- Implantation	(b) Leitlinienkonforme Systemwahl (c) nein

(d) Bundesergebnis (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) 1,1 (e) simpara> (f) 1,04 / 1,17	(g) - / - / - (h) 0,98 (i) eingeschränkt/nicht vergleichbar (j) 0,27 / 3,52	(k) R10 (l) unverändert
(d) 1,57 (e) simpara> (f) 1,48 / 1,66	(g) - / - / - (h) - (i) unverändert (j) -	(k) R10 (l) unverändert
(d) 0,13 (e) nicht definiert (f) 0,11 / 0,16	(g) 208 / 0 / - (h) 0 (i) unverändert (j) 0 / 1,81	(k) N02 (l) eingeschränkt/nicht vergleichbar
(d) 0,97 (e) simpara> (f) 0,84 / 1,11	(g) 60 / 0 / 2,16 (h) 0 (i) eingeschränkt/nicht vergleichbar (j) 0 / 1,67	(k) R10 (l) unverändert
(d) 1,08 (e) simpara> (f) 0,87 / 1,34	(g) 36 / 0 / - (h) 0 (i) unverändert (j) 0 / 9,64	(k) R10 (l) unverändert
(d) 98,69 (e) >= 95,00 % (f) 98,6 / 98,78	(g) 362 / 338 / - (h) 93,37 (i) verschlechtert (j) 90,32 / 95,5	(k) H20 (l) eingeschränkt/nicht vergleichbar
(d) 92,1 (e) >= 90,00 % (f) 91,75 / 92,43	(g) 84 / 79 / - (h) 94,05 (i) eingeschränkt/nicht vergleichbar (j) 86,81 / 97,43	(k) R10 (l) eingeschränkt/nicht vergleichbar
(d) 96,52 (e) >= 90,00 % (f) 96,28 / 96,75	(g) 84 / 81 / - (h) 96,43 (i) eingeschränkt/nicht vergleichbar (j) 90,02 / 98,78	(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) Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	(b) Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen (c) nein
(a) Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	(b) Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln (c) nein
(a) Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	(b) Sondendislokation oder -dysfunktion (c) nein
(a) Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	(b) Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen (c) nein
(a) Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	(b) Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen (c) nein
(a) Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	(b) Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff (c) nein
(a) Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	(b) Infektion als Indikation zum Folgeeingriff (c) ja

(d) Bundesergebnis (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) 0,94 (e) simpara> (f) 0,81 / 1,1	(g) 84 / 0 / 0,46 (h) 0 (i) eingeschränkt/nicht vergleichbar (j) 0 / 7,96	(k) R10 (l) unverändert
(d) 91,7 (e) >= 60,00 % (f) 91,4 / 92	(g) 138 / 116 / - (h) 84,06 (i) eingeschränkt/nicht vergleichbar (j) 77,04 / 89,23	(k) R10 (l) eingeschränkt/nicht vergleichbar
(d) 0,82 (e) simpara> (f) 0,71 / 0,94	(g) - / - / - (h) - (i) unverändert (j) -	(k) R10 (l) unverändert
(d) 96,27 (e) >= 90,00 % (f) 96,13 / 96,4	(g) 323 / 303 / - (h) 93,81 (i) unverändert (j) 90,63 / 95,96	(k) R10 (l) unverändert
(d) 1,29 (e) simpara> (f) 1,12 / 1,49	(g) - / - / - (h) 0,68 (i) eingeschränkt/nicht vergleichbar (j) 0,12 / 3,64	(k) R10 (l) unverändert
(d) 3,16 (e) simpara> (f) 2,98 / 3,35	(g) 142 / 7 / - (h) 4,93 (i) unverändert (j) 2,41 / 9,83	(k) R10 (l) unverändert
(d) 0,54 (e) simpara> (f) 0,47 / 0,63	(g) - / - / - (h) - (i) unverändert (j) -	(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) Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	(b) Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff (c) nein
(a) Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	(b) Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden (c) nein
(a) Karotis-Revaskularisation	(b) Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch (c) nein
(a) Karotis-Revaskularisation	(b) Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch (c) nein
(a) Karotis-Revaskularisation	(b) Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt (c) nein
(a) Karotis-Revaskularisation	(b) Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch (c) nein
(a) Karotis-Revaskularisation	(b) Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch (c) nein
(a) Karotis-Revaskularisation	(b) Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen - offen chirurgisch (c) nein

(d) Bundesergebnis (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) 3,38 (e) simpara> (f) 3,2 / 3,58	(g) 142 / 8 / - (h) 5,63 (i) unverändert (j) 2,88 / 10,72	(k) R10 (l) unverändert
(d) 0,5 (e) simpara> (f) 0,35 / 0,71	(g) 39 / 0 / - (h) 0 (i) unverändert (j) 0 / 8,97	(k) R10 (l) unverändert
(d) 99,8 (e) >= 95,00 % (f) 99,68 / 99,87	(g) 29 / 29 / - (h) 100 (i) eingeschränkt/nicht vergleichbar (j) 88,3 / 100	(k) R10 (l) unverändert
(d) 1,23 (e) nicht definiert (f) 1,05 / 1,44	(g) - / - / - (h) - (i) eingeschränkt/nicht vergleichbar (j) -	(k) N02 (l) eingeschränkt/nicht vergleichbar
(d) 3,69 (e) nicht definiert (f) 2,98 / 4,55	(g) - / - / - (h) - (i) eingeschränkt/nicht vergleichbar (j) -	(k) N02 (l) eingeschränkt/nicht vergleichbar
(d) 2,74 (e) nicht definiert (f) 2,08 / 3,59	(g) 10 / 0 / - (h) 0 (i) eingeschränkt/nicht vergleichbar (j) 0 / 27,75	(k) N02 (l) eingeschränkt/nicht vergleichbar
(d) 3,03 (e) nicht definiert (f) 2,7 / 3,4	(g) - / - / - (h) - (i) eingeschränkt/nicht vergleichbar (j) -	(k) N02 (l) eingeschränkt/nicht vergleichbar
(d) 1 (e) nicht definiert (f) 0,9 / 1,11	(g) - / - / - (h) 0,7 (i) eingeschränkt/nicht vergleichbar (j) 0,12 / 3,87	(k) N02 (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) Karotis-Revaskularisation	(b) Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen - kathetergestützt (c) nein
(a) Karotis-Revaskularisation	(b) Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt (c) nein
(a) Karotis-Revaskularisation	(b) Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - kathetergestützt (c) nein
(a) Karotis-Revaskularisation	(b) Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation (c) nein
(a) Karotis-Revaskularisation	(b) Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt (c) nein
(a) Karotis-Revaskularisation	(b) Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch (c) nein
(a) Karotis-Revaskularisation	(b) Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt (c) nein

(d) Bundesergebnis (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 (e) nicht definiert (f) 0,87 / 1,15	(g) 7 / 0 / 0,04 (h) 0 (i) eingeschränkt/nicht vergleichbar (j) 0 / 61,82	(k) N02 (l) unverändert
(d) 98,51 (e) $\geq 95,00$ % (f) 98,02 / 98,88	(g) 6 / 6 / - (h) 100 (i) eingeschränkt/nicht vergleichbar (j) 60,97 / 100	(k) U32 (l) unverändert
(d) 1 (e) simpara> (f) 0,89 / 1,12	(g) - / - / - (h) 8,4 (i) eingeschränkt/nicht vergleichbar (j) 1,51 / 30,18	(k) S91 (l) eingeschränkt/nicht vergleichbar
(d) 6,6 (e) Sentinel-Event (f) 3,9 / 10,96	(g) - / - / - (h) - (i) eingeschränkt/nicht vergleichbar (j) -	(k) S91 (l) eingeschränkt/nicht vergleichbar
(d) 1,71 (e) nicht definiert (f) 1,28 / 2,29	(g) 6 / 0 / - (h) 0 (i) eingeschränkt/nicht vergleichbar (j) 0 / 39,03	(k) N02 (l) eingeschränkt/nicht vergleichbar
(d) 98,96 (e) $\geq 95,00$ % (f) 98,78 / 99,11	(g) 130 / 129 / - (h) 99,23 (i) eingeschränkt/nicht vergleichbar (j) 0,56 / 3,59	(k) R10 (l) unverändert
(d) 99,51 (e) $\geq 95,00$ % (f) 99,12 / 99,72	(g) - / - / - (h) - (i) eingeschränkt/nicht vergleichbar (j) -	(k) R10 (l) eingeschränkt/nicht vergleichbar

› C-1.2

Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

(a) Leistungsbereich	(b) Qualitätsindikator (c) Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus
(a) Karotis-Revaskularisation	(b) Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt (c) nein
(a) Karotis-Revaskularisation	(b) Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - offen-chirurgisch (c) nein
(a) Mammachirurgie	(b) Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie (c) nein
(a) Mammachirurgie	(b) HER2-Positivitätsrate (c) nein
(a) Mammachirurgie	(b) Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung (c) nein
(a) Mammachirurgie	(b) Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung (c) nein
(a) Mammachirurgie	(b) Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation (c) nein
(a) Mammachirurgie	(b) Primäre Axilladissektion bei DCIS (c) nein

(d) Bundesergebnis (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) 1,95 (e) nicht definiert (f) 1,03 / 3,67	(g) - / - / - (h) - (i) - (j) -	(k) N01 (l) eingeschränkt/nicht vergleichbar
(d) 1 (e) simpara> (f) 0,92 / 1,08	(g) 168 / 4 / 2,78 (h) 1,44 (i) eingeschränkt/nicht vergleichbar (j) 0,56 / 3,6	(k) R10 (l) unverändert
(d) 6,03 (e) simpara> (f) 5,42 / 6,71	(g) - / - / - (h) - (i) - (j) -	(k) N01 (l) eingeschränkt/nicht vergleichbar
(d) 13,12 (e) nicht definiert (f) 12,86 / 13,38	(g) - / - / - (h) - (i) - (j) -	(k) N01 (l) eingeschränkt/nicht vergleichbar
(d) 97,94 (e) >= 95,00 % (f) 97,76 / 98,1	(g) - / - / - (h) - (i) - (j) -	(k) N01 (l) eingeschränkt/nicht vergleichbar
(d) 99,27 (e) >= 95,00 % (f) 99,14 / 99,38	(g) - / - / - (h) - (i) - (j) -	(k) N01 (l) eingeschränkt/nicht vergleichbar
(d) 4,01 (e) simpara> (f) 3,85 / 4,17	(g) - / - / - (h) - (i) - (j) -	(k) N01 (l) eingeschränkt/nicht vergleichbar
(d) 0,09 (e) Sentinel-Event (f) 0,04 / 0,19	(g) - / - / - (h) - (i) - (j) -	(k) N01 (l) eingeschränkt/nicht vergleichbar



› C-1.2

Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

(a) Leistungsbereich	(b) Qualitätsindikator (c) Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus
(a) Mammachirurgie	(b) Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung (c) nein
(a) Mammachirurgie	(b) Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (c) nein
(a) Pflege: Dekubitusprophylaxe	(b) Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4 (c) nein
(a) Pflege: Dekubitusprophylaxe	(b) Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) (c) nein

(d) Bundesergebnis (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) 97,46 (e) >= 90,00 % (f) 97,34 / 97,57	(g) - / - / - (h) - (i) - (j) -	(k) N01 (l) eingeschränkt/nicht vergleichbar
(d) 96,44 (e) >= 90,00 % (f) 96,23 / 96,63	(g) - / - / - (h) - (i) - (j) -	(k) N01 (l) eingeschränkt/nicht vergleichbar
(d) 0,01 (e) Sentinel-Event (f) 0,01 / 0,01	(g) - / - / - (h) - (i) unverändert (j) -	(k) U32 (l) unverändert
(d) 1,06 (e) simpara> (f) 1,05 / 1,07	(g) 7440 / 52 / 32,66 (h) 1,59 (i) eingeschränkt/nicht vergleichbar (j) 1,22 / 2,09	(k) R10 (l) eingeschränkt/nicht vergleichbar

#### 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

Trifft nicht zu

#### 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)	59 Personen
Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	51 Personen
Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	49 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](http://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:

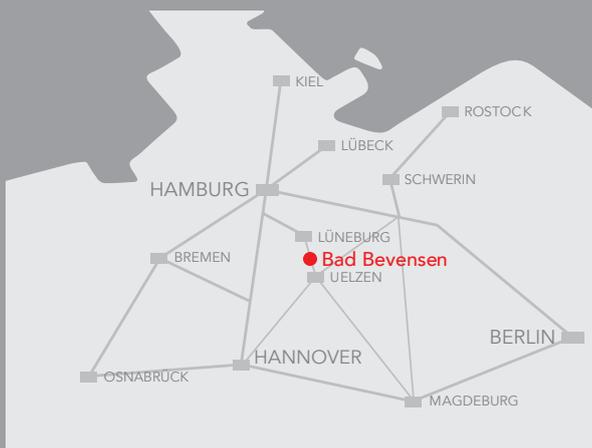
Amedick & Sommer, Stuttgart

#### Realisation:

Fatma Jandali, Kommunikationsdesignerin, Oldenburg

#### Texte:

Anette Alberternst, Qualitätsmanagement,  
Herz- und Gefäßzentrum Bad Bevensen



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

Telefon 05821 82-0  
 Telefax 05821 82-1666

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

Partner und unabhängige Qualitätsprüfer des Herz- und Gefäßzentrums Bad Bevensen

