

Strukturierter
Qualitätsbericht
gem. § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V
für das Berichtsjahr 2018
VENEN-CLINIC Bad Neuenahr



Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software 3M
QM Portal Modul QS-Bericht, Version 2019.4.0 am
12.11.2019 erstellt.

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	1
Einleitung	1
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	2
A-0 Fachabteilungen	2
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	2
A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts	3
A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses	3
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	4
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	4
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	4
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	4
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	5
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	6
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	6
A-8.1 Forschung und akademische Lehre	6
A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen	6
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	7
A-10 Gesamtfallzahlen	7
A-11 Personal des Krankenhauses	7
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen	7
A-11.2 Pflegepersonal	8
A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychoomatik	10
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal	10
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	10

A-12.1	Qualitätsmanagement	10
A-12.1.1	Verantwortliche Person	11
A-12.1.2	Lenkungsgremium	11
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	11
A-12.2.1	Verantwortliche Person	11
A-12.2.2	Lenkungsgremium	12
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen	12
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems	13
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen	13
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	13
A-12.3.1	Hygienepersonal	13
A-12.3.1.1	Hygienekommission	14
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene	14
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen	15
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie	15
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden	16
A-12.3.2.4	Händedesinfektion	17
A-12.3.2.5	Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)	17
A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement	18
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	18
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	19
A-12.5.1	Verantwortliches Gremium	19
A-12.5.2	Verantwortliche Person	20
A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal	20
A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen	20
A-13	Besondere apparative Ausstattung	20
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	21

B-[1]	Gefäßchirurgie	21
B-[1].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	21
B-[1].1.1	Fachabteilungsschlüssel	21
B-[1].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	21
B-[1].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	22
B-[1].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	22
B-[1].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	23
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	23
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD	23
B-[1].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	24
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	25
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	26
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	26
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	27
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	27
B-[1].11	Personelle Ausstattung	27
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen	28
B-[1].11.2	Pflegepersonal	29
B-[1].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	30
B-[2]	Anästhesie	30
B-[2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	30
B-[2].1.1	Fachabteilungsschlüssel	30
B-[2].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	31
B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	31
B-[2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	31
B-[2].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	31

B-[2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	31
B-[2].6	Hauptdiagnosen nach ICD	31
B-[2].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	32
B-[2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	32
B-[2].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	32
B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	32
B-[2].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	32
B-[2].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	32
B-[2].11	Personelle Ausstattung	32
B-[2].11.1	Ärzte und Ärztinnen	32
B-[2].11.2	Pflegepersonal	33
B-[2].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	34
C	Qualitätssicherung	34
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	34
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	35
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	35
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr	35
C-5.1	Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind	35
C-5.2	Leistungsbereiche, für die im Prognosejahr gemäß Mindestmengenregelungen Mindestmengen erbracht werden sollen	35
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr.35 2 SGB V	35
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	35
D	Qualitätsmanagement	36
D-1	Qualitätspolitik	36
D-1.1	Leitbild (Leitmotto) des Krankenhauses, Vision, Mission	36

D-1.2	Qualitätsmanagementansatz / -grundsätze des Krankenhauses	36
D-1.2.1	Patientenorientierung	36
D-1.2.2	Verantwortung und Führung	36
D-1.2.3	Mitarbeiterorientierung und -beteiligung	36
D-1.2.4	Wirtschaftlichkeit	36
D-1.2.5	Prozessorientierung	36
D-1.2.6	Zielorientierung und Flexibilität	36
D-1.2.7	Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern	36
D-1.2.8	kontinuierlicher Verbesserungsprozess	36
D-1.3	Umsetzung / Kommunikation der Qualitätspolitik im Krankenhaus (z.B. Information an Patienten, Mitarbeiter, niedergelassene Ärzte und die interessierte Fachöffentlichkeit).	36
D-2	Qualitätsziele	37
D-2.1	strategische/ operative Ziele	37
D-2.2	Messung und Evaluation der Zielerreichung	37
D-2.3	Kommunikation der Ziele und der Zielerreichung	37
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	37
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	37
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte	37
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	37

Vorwort

Einleitung

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

seit **1984** ist die **VENEN-CLINIC** als **Fachkrankenhaus für Venen- und Enddarmerkrankungen**. vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie, Mainz zugelassen und von allen gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen anerkannt.

Unser Krankenhaus ist spezialisiert auf das gesamte operative Spektrum der venösen Chirurgie. Neben allen konventionellen operativen Verfahren zur Behandlung des Krampfaderleidens aller Schweregrade ist die Anwendung der endoluminalen Lasertherapie (ELT) Bestandteil unseres Therapiekonzeptes. Weitere Schwerpunkte stellen die operative Behandlung der fortgeschrittenen Stadien der chronisch venösen Insuffizienz und der Spätfolgen von Thrombosen dar. Endoskopische Perforantensanierung, Hautplastiken und Vakuumtherapie kommen bei entsprechenden Indikationen ebenso regelmäßig zur Anwendung wie die operative Behandlung von ausgeprägten Lipödemem bei krankhafter Fettverteilungsstörung mittels wasserstrahl-assistierter (WAL) oder vibrationsgestützter Liposuktion sowie von Enddarmerkrankungen (z.B. Laserhaemorrhoidoplastie LHP).

Ergänzt wird dieses Leistungsspektrum durch ambulante Operationen gem. § 115b SGB V und das Medizinische Versorgungszentrum -MVZ VENEN-CLINIC GmbH-Kompetenzzentrum für Venen-, Enddarm- und Hauterkrankungen. Unser MVZ wendet sich an Menschen mit den unterschiedlichsten Venen-, Enddarm- und Hauterkrankungen sowie allergologische Erkrankungen und gibt ihnen fachlich kompetente und engagierte Hilfe. Das fachübergreifende Angebot erleichtert Patienten die Übergänge zwischen haus-, fachärztlicher und stationärer Versorgung und schafft ein kooperatives Netzwerk, in welchem sich Patienten abgestimmt und gezielt behandeln lassen können.

Gerne nutzen wir die gesetzliche Verpflichtung zur Veröffentlichung des Qualitätsberichtes und freuen uns, Ihnen die Ergebnisse unseres umfassenden Qualitätsmanagements mit dem vorliegenden Bericht 2018 präsentieren zu dürfen. Zugleich jedoch auch Ausgangspunkt für unsere künftigen Bemühungen, gemeinsam mit Ihnen nach weiteren Verbesserungspotentialen zu suchen.

Wir hoffen, dass Sie bei der Lektüre viele interessante Anregungen finden. Für Ihr Vertrauen bedanken wir uns bereits jetzt und sind überzeugt, dass Sie sich im Krankheitsfalle in der VENEN-CLINIC in erfahrene und gute Hände begeben.

Bad Neuenahr-Ahrweiler im November 2019

Die Geschäftsleitung

Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Dr. med. Peter-Matthias Baier, Chefarzt, Geschäftsführer
Telefon:	02641 8009 0
Fax:	02641 8009 99
E-Mail:	info@venen-clinic.de

Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Betriebswirt (VWA) Dirk Hoffmann, Verwaltungsleitung
Telefon:	02641 8009 0
Fax:	02641 8009 99
E-Mail:	info@venen-clinic.de

Links:

Link zur Homepage des Krankenhauses:	http://www.venen-clinic.de
--------------------------------------	---

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSI	FACHABTEILUNG
1	Hauptabteilung	1800	Gefäßchirurgie
2	Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit	3700	Anästhesie

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	VENEN-CLINIC
PLZ:	53474
Ort:	Bad Neuenahr-Ahrweiler
Straße:	Hochstr.
Hausnummer:	23
IK-Nummer:	260711373
Standort-Nummer:	00

Krankenhaus-URL:

<http://www.venen-clinic.de>

A-1.1 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Dr. med. Peter-Matthias Baier, Chefarzt, Geschäftsführer
Telefon:	02641 8009 0
Fax:	02641 8009 99
E-Mail:	info@venen-clinic.de

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Betriebswirt (VWA) Dirk Hoffmann, Verwaltungsleitung
Telefon:	02641 8009 0
Fax:	02641 8009 99
E-Mail:	info@venen-clinic.de

Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Anke Paasche, Pflegedienstleitung
Telefon:	02641 8009 0
Fax:	02641 8009 99
E-Mail:	info@venen-clinic.de

Verkehrsanbindung zur VENEN-CLINIC

Anreise mit dem Auto von der Autobahn A61 kommend:

A61 Ausfahrt 30-Dreieck Bad Neuenahr-Ahrweiler in A573 Richtung Bad Neuenahr-Ahrweiler einfädeln. Ausfahrt B267 Richtung Altenahr/Grafschaft/Ahrweiler nehmen. Ausfahrt Richtung Grafschaft/Königsfeld/Ahrweiler/Bad Neuenahr/B266. Bei Rotweinstraße/L84 rechts abbiegen. Im Kreisverkehr erste Ausfahrt (Ringener Str./L83) nehmen, dieser Straße über die Ampelkreuzung hinweg folgen. Links Richtung Sankt-Pius-Straße abbiegen. Weiter auf Dahlienweg bis zur Hochstraße 23 fahren. Die Klinik befindet sich auf der rechten Seite.

Anreise mit der Deutschen Bahn und dem ÖPNV:

Am Hauptbahnhof Bonn oder Bahnhof Remagen (zwischen Bonn und Koblenz) steigen Sie in die Ahrtalbahn (DB). Ihr Zielbahnhof Bad Neuenahr ist die dritte Station nach Remagen.

Mit einem Bus der Linien 844, 847 oder 848 dauert die Fahrt vom Bahnhof bis zur Klinik (Haltestelle Hochstraße) etwa 5 Minuten.

Weitere Informationen und die Fahrplanauskunft finden Sie hier:

<https://www.bad-neuenahr-ahrweiler.de/bus-bahn/>

A-1.2 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers:	Fa. phlebo-med GmbH
Träger-Art:	privat

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Trifft nicht zu

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?	Nein
--	------

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

	MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT
1	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
2	Schmerztherapie/-management
3	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
	<i>Strukturierte Beratung zur indikationsbezogenen Lebensführung</i>
4	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
	<i>gem. § 139 Abs. 1a SGB V</i>
5	Sporttherapie/Bewegungstherapie
	<i>Venenwalking, Venengymnastik</i>
6	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie
	<i>in Kooperation mit dem Medizinischen Versorgungszentrum der Klinik</i>
7	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
	<i>siehe Punkt 4</i>
8	Wundmanagement
9	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen
	<i>Strukturierte Beratung zur indikationsbezogenen Lebensführung</i>
10	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
11	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
12	Manuelle Lymphdrainage <i>apparative intermittierende Lymphdrainage</i>
13	Diät- und Ernährungsberatung
14	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
15	Akupunktur
16	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

LEISTUNGSANGEBOT	
1	Empfangs- und Begleitsdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
2	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) <i>Preis auf Anfrage</i>
3	Internetanschluss am Bett/im Zimmer
	<i>Kosten pro Tag: 0 €</i>
	WLAN
4	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer <i>Im Zentraltresor der Klinik können Ihre Wertgegenstände kostenfrei aufbewahrt werden.</i>
5	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer
	<i>Kosten pro Tag: 2 €</i>
	<i>bei 1-Bett-Zimmer keine Grundgebühr</i>
6	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
7	Seelsorge
8	Telefon am Bett <i>Kosten pro Tag: 0,5 €</i> <i>Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,25 €</i> <i>Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0 €</i> <i>Grundgebühr (0,50 EUR pro Tag) entfällt im 1-Bett-Zimmer</i>
9	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
10	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum
11	Hotelleistungen

LEISTUNGSANGEBOT

- 12 Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)

*Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten:
Diätküche, Komponentenwahl,
konfessionsgebundene Speisenzubereitung,
Allergiker, Vegetarier, Veganer*

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT

- | | |
|----|--|
| 1 | Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe |
| 2 | Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal |
| 3 | Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen |
| 4 | Diätetische Angebote |
| 5 | Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung |
| 6 | Blindenleitsystem bzw. personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen |
| 7 | Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen |
| 8 | Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung |
| 9 | geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) |
| 10 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug |
| 11 | OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische |
| 12 | Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä. |
| 13 | Besondere personelle Unterstützung |
| 14 | Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten |
| 15 | Dolmetscherdienst |

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten: 42

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	1666
Teilstationäre Fallzahl:	0
Ambulante Fallzahl:	4611

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	8,80	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
---------	------	--	-------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 8,80	Ohne: 0,00
---------------------------	------------------	-------------------

	Ambulant: 1,80	Stationär: 7,00
--	-----------------------	------------------------

Versorgungsform: Am Hauptsitz der Klinik ist das Medizinische Versorgungszentrum MVZ VENEN-CLINIC GmbH u.a. mit den Fachrichtungen Chirurgie und Dermatologie zugelassen.

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	8,80
---------	------

hiervon: 3 Fachärzte f. "Anästhesie", 5 Fachärzte für "Chirurgie" (hiervon 4 Zusatzbez. Phlebologie"), 1 Chirurg auch Facharzt f. Viszeralchirurgie mit Zusatzbez. "Proktologie", 2 Fachärzte f. "Allgemeinmedizin" (beide Zusatzbez. "Phlebologie"), 1 Facharzt f. Dermatologie mit Zusatzbez. "Phlebologie"

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 8,80	Ohne: 0,00
---------------------------	------------------	-------------------

Versorgungsform:	Ambulant: 1,80	Stationär: 7,00
	siehe oben	

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

Anzahl in Personen: 0

A-11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

40,00

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 14,45

Hiervon: 2 Mitarbeiterinnen mit fachspezifischer Zusatzanerkennung "Krankenschwester für Anästhesie und Intensivmedizin", 2 Mitarbeiterin über die zus. Tätigkeitsbezeichnung "Techn. Sterilisationsassistentin Fachkunde I bzw. I+II gem. Richtlinie der DGSV e.V."

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	14,45	Ohne:	0,00
---------------------------	------	-------	-------	------

Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	14,45
------------------	-----------	------	------------	-------

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
---------------------------	------	------	-------	------

Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
------------------	-----------	------	------------	------

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
---------------------------	------	------	-------	------

Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
------------------	-----------	------	------------	------

ALTENPFLEGER UND ALTENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
---------------------------	------	------	-------	------

Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
------------------	-----------	------	------------	------

PFLEGEASSISTENTEN UND PFLEGEASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00

KRANKENPFLEGEHELPER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00

PFLEGEHELPER UND PFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00

ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00

BELEGENTBINDUNGSPFLEGER UND BELEGHEBAMMEN IN PERSONEN ZUM STICHTAG 31. DEZEMBER DES BERICHTSJAHRES

Anzahl in Personen: 0

OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	6,25	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 6,25	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 1,30	Stationär: 4,95

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:		0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00

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

DIPLOM-PSYCHOLOGEN UND DIPLOM-PSYCHOLOGINNEN

Gesamt:		0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

DIÄTASSISTENT UND DIÄTASSISTENTIN

Gesamt:		1,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	1,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	1,00

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

Die Qualitätsanforderungen im Gesundheitswesen nehmen kontinuierlich zu. Hygiene und Patientensicherheit haben in den vergangenen Jahren ein außerordentliches Niveau erreicht. Das ist auch notwendig, denn beispielsweise die Entwicklung von Antibiotikaresistenzen bei Keimen, das gestiegene Durchschnittsalter stationärer Patienten, veränderte Krankheitsbilder u.v.m. müssen von entsprechenden Maßnahmen der Qualitätssicherung begleitet werden.

Die VENEN-CLINIC blickt auf eine über 30-jährige Kernkompetenz bei der Behandlung von Venen- und Enddarmkrankungen zurück. Sämtliche Prozesse des Krankenhauses sind als Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozesse definiert. Unser Qualitätsmanagement zielt darauf ab, die zahlreichen Instrumente der Qualitätssicherung systematisch miteinander zu verzahnen.

Grundlage hierfür bildet unser Leitbild. Wir verstehen Qualitätsmanagement als ganzheitlichen Managementansatz zur Erfüllung der an uns gestellten Erwartungen und als Chance zur kontinuierlichen Verbesserung unserer Leistungen.

"Wer glaubt, etwas zu sein, hat aufgehört etwas zu werden." (Sokrates)

Im Mittelpunkt unseres Handelns steht der Mensch: Auch in der Medizin ist die persönliche Zuwendung entscheidend, damit Sie wieder gesund werden. Jeder Patient soll diese im bestmöglichen Maße erhalten. Dieses Prinzip gilt auch für unsere Mitarbeiter: deren Identifikation und Zufriedenheit mit ihrer Arbeit steht gleichermaßen in unserem Fokus. Wir erreichen sie durch Transparenz und Respekt sowie die individuelle Forderung und Förderung. Hohe Eigenverantwortung, kurze Entscheidungswege und das Prinzip der "offenen Tür" tragen ebenso wie umfassende Förderung der Aus-, Fort- und Weiterbildung dazu bei.

Im Verständnis einer lernenden Organisation nehmen wir Kritik und Anregungen offen entgegen und nutzen sie zur Weiterentwicklung unserer Arbeit, um somit die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit auf einem hohen Niveau zu erhalten.

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name/Funktion:	Dr. med. Peter-Matthias Baier, Chefarzt
Telefon:	02641 8009 0
Fax:	02641 8009 99
E-Mail:	info@venen-clinic.de

A-12.1.2 Lenkungsremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema austauscht:	Ja
--	----

Wenn ja:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	Abtlg. Gefäßchirurgie, Abtlg. Anästhesie, Pflegedienst- sowie Anästhesie- und OP-Leitung, Küche, Verwaltung, Krankenhausapotheke
Tagungsfrequenz des Gremiums:	quartalsweise

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person:

entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

A-12.2.2 Lenkungsgremium

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

ja – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: abteilungsbezogene Hygieneordnungen und Desinfektionspläne, div. Standard Operating Procedure's (SOP's), exklusives Intranet als zusätzliches modernes Fortbildungs- und Informationsmedium usw. Empfehlungen des Aktionsbündnisses für Patientensicherheit; Datum der letzten Überarbeitung: Letzte Aktualisierung: 30.12.2018</i>
2	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
3	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: abteilungsbezogene Hygieneordnungen und Desinfektionspläne, div. Standard Operating Procedure's (SOP's), exklusives Intranet als zusätzliches modernes Fortbildungs- und Informationsmedium usw. Empfehlungen des Aktionsbündnisses für Patientensicherheit; Datum der letzten Überarbeitung: Letzte Aktualisierung: 30.12.2018</i>
4	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
5	Schmerzmanagement <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
6	Mitarbeiterbefragungen
7	Klinisches Notfallmanagement <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
8	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechselungen <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
9	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
10	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
11	Entlassungsmanagement

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
	<i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
12	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
13	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems:

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
1	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor <i>Letzte Aktualisierung: 30.12.2018</i>

Details:

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	quartalsweise
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:	regelmäßige Überprüfung der einrichtungsbezogenen Standards auf der Basis aktueller Leitlinien der Fachgesellschaften

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem: Nein

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

PERSONAL	ANZAHL
Krankenhaustygieniker und Krankenhaustygienikerinnen	1
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	1
Hygienefachkräfte (HFK)	1
Hygienebeauftragte in der Pflege	4 ¹⁾

¹⁾ alle leitenden Abteilungsschwestern und die Küchenleitung haben die Fortbildung "Hygienebeauftragte in der Pflege" nach RKI-Empfehlung erfolgreich abgeschlossen

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet?	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission:	halbjährlich

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	Dr. med. Peter-Matthias Baier, Chefarzt, Hygienebeauftragter Arzt der Einrichtung
Telefon:	02641 8009 0
Fax:	02641 8009 99
E-Mail:	info@venen-clinic.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

Die VENEN-CLINIC wurde im Rahmen des MRE-Netzwerkes Rhein-Ahr 2016 erfolgreich zertifiziert. Ziel des MRE-Netzes ist vor allem ein abgestimmtes Vorgehen, um einerseits die Verbreitung von Problemkeimen in Krankenhäusern, Rehakliniken, Arztpraxen, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie in Rettungs- und Transportdiensten zu verhindern, andererseits aber die Lebensqualität betroffener Patienten zu erhalten. Die Vernetzung der Projektpartner soll die Kommunikation zwischen den Einrichtungen fördern und eine optimale Patientenversorgung ermöglichen.



A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor:

Auswahl: Kein Einsatz von ZVK

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

	OPTION	A
1	Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor.	Ja
2	Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst.	Ja
3	Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.	Ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor:

Auswahl: Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

	OPTION	AUSWAHL
1	Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe	Ja
2	Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	Ja
3	Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe	Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: 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:

Auswahl: Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:

Auswahl: Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

	OPTION	AUSWAHL
1	Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	Ja
2	Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	Ja
3	Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
4	Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe	Ja
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Ja

Der interne Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag):	27
Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Keine Intensivstation vorhanden

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl: Ja

A-12.3.2.5 Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)

	OPTION	AUSWAHL
1	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
2	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html).	Ja

Umgang mit Patienten mit MRE (2):

	OPTION	AUSWAHL
1	Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen	Ja
2	Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen.	Ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten <i>z.B. regelmäßige (Re-)Validierung der Sterilgutaufbereitung nach DIN EN ISO 17665 u. EN 285; Prüfungen nach Medizinproduktegesetz; Prüfungen der raumluftechnischen Anlagen nach DIN 1946, Teil 4 (12:2008)</i>
2	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen <i>1/2-jährliche Hygiene und Sicherheitsunterweisung</i>

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. <i>Chefarzt und die jeweiligen Abteilungsleitungen</i>	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Nein
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden <i>es steht ein Lob- und Beschwerdebriefkasten zur Verfügung</i>	Ja
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Dr. med. Peter-Matthias Baier, Chefarzt
Telefon:	02641 8009 0
Fax:	02641 8009 99
E-Mail:	info@venen-clinic.de

Name/Funktion:	Betriebswirt (VWA) Dirk Hoffmann, Verwaltungsleitung
Telefon:	02641 8009 0
Fax:	02641 8009 99
E-Mail:	info@venen-clinic.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

Die Versorgung mit Arzneimitteln und Überwachung der Arzneimittelsicherheit erfolgt in stetiger Abstimmung mit der versorgenden externen Krankenhausapotheke auf der Basis des zugrundeliegenden Versorgungsvertrages gem. Apothekengesetz. Der Krankenhausapotheker bzw. sein(e) Stellvertreter(in) ist stimmberechtigtes und koordinierendes Mitglied der Arzneimittelkommission.

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums: Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt? ja – entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker:	1
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal:	0
Erläuterungen:	Beratung und Gestellung im Rahmen des bestehenden Versorgungsvertrages mit der ext. Krankenhausapotheke (s. Pkt. A-12.5)

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
2	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
3	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)
4	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

Zu AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln:

- Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung
- Zubereitung durch pharmazeutisches Personal
- Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen
- Sonstiges: s. Hinweis unter A-12.5

A-13 Besondere apparative Ausstattung

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
1	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Ja
<i>MRT: bei Bedarf in Kooperation mit dem in unmittelbarer Nachbarschaft liegenden Krankenhaus der Regelversorgung oder niedergelassenem Radiologen.</i>			
2	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja
<i>CT: bei Bedarf in Kooperation mit dem in unmittelbarer Nachbarschaft liegenden Krankenhaus der Regelversorgung oder niedergelassenem Radiologen.</i>			

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Gefäßchirurgie

B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Gefäßchirurgie
Straße:	Hochstr.
Hausnummer:	23
PLZ:	53474
Ort:	Bad Neuenahr-Ahrweiler
URL:	http://www.venen-clinic.de

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(1800) Gefäßchirurgie

B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. med. Peter-Matthias Baier, Chefarzt
Telefon:	02641 8009 0
Fax:	02641 8009 99
E-Mail:	info@venen-clinic.de
Adresse:	Hochstr. 23
PLZ/Ort:	53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
URL:	http://www.venen-clinic.de

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 vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Intraoperative Anwendung der Verfahren
2	Wundheilungsstörungen
3	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen <i>z.B. endoluminale Lasertherapie (ELT) beim Krampfaderleiden und Laser-Haemorrhoidoplastie (LHP)</i>
4	Duplexsonographie <i>Für die bildgebende Diagnostik stehen 5 hochmoderne Farbduplexsonographiegeräte zur Verfügung. Das Verfahren ist absolut risikolos und schmerzfrei und im Gegensatz zur Phlebografie (Röntgen-Kontrastmitteluntersuchung) reproduzierbar und völlig komplikationsfrei.</i>
5	Eindimensionale Dopplersonographie
6	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
7	Optische laserbasierte Verfahren
8	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
9	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
10	Magen-Darm-Chirurgie <i>Operative und konservative Therapie von Enddarmkrankungen (Hämorrhoiden, Analfisteln und -fissuren, perianale Thrombosen u.a.)</i>
11	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
	<i>vibrationsgestützte sowie wasserstrahl-assistierte (WAL) Liposuktion bei krankhafter Fettverteilungsstörung unter strenger medizinischer Indikation.</i>
12	<p>Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen</p> <p><i>Die Abteilung unter Leitung von Herrn Chefarzt Dr. med. Peter-Matthias Baier ist spezialisiert auf das gesamte operative Spektrum zur Behandlung des Krampfaderleidens aller Schweregrade und die Behandlung von Enddarmkrankungen (z.B. Laserhaemorrhoidoplastie LHP).</i></p>
13	<p>Spezialsprechstunde</p> <p><i>Wir bieten eine umfangreiche Gefäßsprechstunde zur Diagnostik venöser Erkrankungen aller Schweregrade sowie weitere Vor- und Nachsorge bei operierten Patienten an.</i></p>
14	<p>Minimalinvasive endoskopische Operationen</p> <p><i>Minimal-invasive Chirurgie (MIC) bezeichnet als Oberbegriff operative Eingriffe mit kleinstem Trauma (mit kleinster Verletzung von Haut und Weichteilen).</i></p>
15	<p>Plastisch-rekonstruktive Eingriffe</p> <p><i>Operative und konservative Behandlung von offenen Beinen (z.B. Hautplastiken u.a.)</i></p>
16	<p>Endosonographie</p> <p><i>innovative moderne digitale Videoendoskopie zur Befundung bei Untersuchungen des Enddarms</i></p>
17	Diagnostik und Therapie von Allergien
18	Laserchirurgie

B-[1].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1666
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	1064
2	I83.1	Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung	240
3	K64.1	Hämorrhoiden 2. Grades	92
4	K64.5	Perianalvenenthrombose	28
5	I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung	27
6	E88.21	Lipödem, Stadium II	24
7	I80.2	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten	21

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
8	E88.22	Lipödem, Stadium III	20
9	K60.1	Chronische Analfissur	19
10	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	13
11	A46	Erysipel [Wundrose]	10
12	K64.4	Marisken als Folgezustand von Hämorrhoiden	10
13	K61.0	Analabszess	8
14	K62.0	Analpolyp	8
15	K62.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Anus und des Rektums	8
16	K62.1	Rektumpolyp	6
17	I80.1	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der V. femoralis	5
18	K64.0	Hämorrhoiden 1. Grades	5
19	I87.0	Postthrombotisches Syndrom	4
20	K60.3	Analfistel	4
21	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
22	T88.7	Nicht näher bezeichnete unerwünschte Nebenwirkung eines Arzneimittels oder einer Droge	< 4
23	K62.3	Rektumprolaps	< 4
24	I89.8	Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten	< 4
25	C44.4	Sonstige bösartige Neubildungen: Behaarte Kopfhaut und Haut des Halses	< 4
26	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	< 4
27	K60.0	Akute Analfissur	< 4
28	D17.2	Gutartige Neubildung des Fettgewebes der Haut und der Unterhaut der Extremitäten	< 4
29	K62.4	Stenose des Anus und des Rektums	< 4
30	I83.0	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration	< 4

B-[1].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I83	Varizen der unteren Extremitäten	1333
2	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	149
3	E88	Sonstige Stoffwechselstörungen	44
4	K62	Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums	30

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	I80	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	28
6	K60	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion	26
7	A46	Erysipel [Wundrose]	10
8	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	8
9	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	5
10	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	5

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-986.x	Minimalinvasive Technik: Sonstige	1529
2	5-385.96	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): Seitenastvarize	1294
3	5-385.70	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna	729
4	5-983	Reoperation	634
5	5-385.9x	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): Sonstige	270
6	5-385.4	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Transkutane Unterbindung der Vv. perforantes (als selbständiger Eingriff)	252
7	5-856.08	Rekonstruktion von Faszien: Naht: Oberschenkel und Knie	192
8	5-385.72	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena parva	167
9	5-385.90	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): V. saphena magna	158
10	8-502	Tamponade einer Rektumblutung	150
11	5-493.0	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Ligatur	124
12	5-386.a5	Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme: Oberflächliche Venen: Oberschenkel	114
13	5-385.74	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: Vv. saphenae magna et parva	113
14	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	110
15	1-654.1	Diagnostische Rektoskopie: Mit starrem Instrument	94
16	5-985.2	Lasertechnik: Dioden-Laser	91
17	5-493.4	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Destruktion	89
18	1-653	Diagnostische Proktoskopie	83

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
19	5-385.d0	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: (Isolierte) Rezidivcrossektomie: V. saphena magna	80
20	5-911.1f	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut: Absaugen von Fettgewebe [Liposuktion]: Unterschenkel	58
21	5-911.1e	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut: Absaugen von Fettgewebe [Liposuktion]: Oberschenkel und Knie	58
22	8-810.x	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Sonstige	46
23	5-492.00	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals: Exzision: Lokal	45
24	5-401.5x	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Inguinal, offen chirurgisch: Sonstige	45
25	5-492.01	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals: Exzision: Tief	41
26	5-493.71	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Ligatur einer A. haemorrhoidalis: Mit rekt oanaler Rekonstruktion [Recto-anal-repair]	33
27	5-385.a1	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Lasertherapie: Endovenös [EVLV]	31
28	5-385.92	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): V. saphena parva	29
29	8-179.x	Andere therapeutische Spülungen: Sonstige	27
30	5-493.1	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Sklerosierung	24

B-[1].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-653	Diagnostische Proktoskopie	83

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	KOMPETENZZENTRUM FÜR VENEN-, ENDDARM- UND HAUTERKRANKUNGEN MIT DEN FACHRICHTUNGEN CHIRURGIE UND DERMATOLOGIE
	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
	LEISTUNGEN:
	VD14 - Andrologie
	VD13 - Ästhetische Dermatologie
	VD12 - Dermatochirurgie
	VD15 - Dermatohistologie
	VD16 - Dermatologische Lichttherapie
	VD18 - Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen
	VD01 - Diagnostik und Therapie von Allergien

1	KOMPETENZZENTRUM FÜR VENEN-, ENDDARM- UND HAUTERKRANKUNGEN MIT DEN FACHRICHTUNGEN CHIRURGIE UND DERMATOLOGIE
	VD05 - Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen
	VD17 - Diagnostik und Therapie von Dermatitis und Ekzemen
	VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
	VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
	VD08 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
	VD09 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
	VD06 - Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten
	VD19 - Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)
	VD10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
	VD07 - Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen
	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
	VR04 - Duplexsonographie
	VR06 - Endosonographie
	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
	VD11 - Spezialsprechstunde
	VD20 - Wundheilungsstörungen
	<i>Zulassung für alle gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen</i>
2	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	<i>Krankenhausbehandlung in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft u. Verpflegung zur Feststellung einer vollstat. Behandlungsnotwendigkeit (vorstationär) od. zur Sicherung des Behandlungserfolges (nachstationär).</i>

B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	93
2	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	16

B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden:	Nein
Stationäre BG-Zulassung:	Nein

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)			
Gesamt:	6,80	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 6,80	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 1,80	Stationär:	5,00
		Fälle je Anzahl:	333,2
- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN			
Gesamt:	6,80		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 6,80	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 1,80	Stationär:	5,00
		Fälle je Anzahl:	333,2

B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Allgemeinchirurgie <i>3,07 vollzeitäquivalente Ärzte führen die Gebietsbezeichnung "Arzt/Ärztin für Chirurgie"</i>
2	Viszeralchirurgie <i>1,0 vollzeitäquivalenter Arzt führt neben der Gebietsbezeichnung "Arzt für Chirurgie" ebenfalls die Gebietsbezeichnung "Arzt für Viszeralchirurgie"</i>
3	Allgemeinmedizin <i>1,8 vollzeitäquivalente Ärztinnen führen die Gebietsbezeichnung "Ärztin für Allgemeinmedizin"</i>
4	Haut- und Geschlechtskrankheiten <i>0,13 vollzeitäquivalenter Arzt</i>
5	Arbeitsmedizin <i>0,13 vollzeitäquivalenter Arzt</i>

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Akupunktur <i>0,8 vollzeitäquivalente Ärztin führt diese Zusatzbezeichnung</i>
2	Betriebsmedizin <i>0,13 vollzeitäquivalenter Arzt</i>
3	Phlebologie <i>4,83 vollzeitäquivalente Ärzte führen diese Zusatzbezeichnung</i>
4	Allergologie <i>0,13 vollzeitäquivalenter Arzt</i>
5	Proktologie <i>1,0 vollzeitäquivalenter Arzt führt diese Zusatzbezeichnung</i>
6	Naturheilverfahren <i>0,13 vollzeitäquivalenter Arzt</i>
7	Sozialmedizin <i>0,13 vollzeitäquivalenter Arzt</i>

B-[1].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

40,00

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	12,35		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 12,35	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 12,35	
		Fälle je Anzahl:	134,9

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	5,25		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 5,25	Ohne: 0,00	

Versorgungsform:	Ambulant: 1,30	Stationär: 3,95
		Fälle je Anzahl: 421,8

B-[1].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[1].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

B-[1].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

DIPLOM-PSYCHOLOGEN UND DIPLOM-PSYCHOLOGINNEN			
Gesamt:		0,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 0,00
			Fälle je Anzahl: 0,0

B-[2] Anästhesie

B-[2].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Anästhesie
Straße:	Hochstr.
Hausnummer:	23
PLZ:	53474
Ort:	Bad Neuenahr-Ahrweiler
URL:	http://www.venen-clinic.de

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3700) Sonstige Fachabt.

B-[2].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes**Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:**

Name/Funktion:	Dr. med. Christian Kambeck, Chefarzt
Telefon:	02641 8009 0
Fax:	02641 8009 99
E-Mail:	info@venen-clinic.de
Adresse:	Hochstr. 23
PLZ/Ort:	53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
URL:	http://www.venen-clinic.de

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 vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Narkoseverfahren, Schmerztherapie, postoperative Überwachung
	<i>Wir bieten alle moderne Narkoseverfahren an, schwerpunktmäßig die "Vollnarkose" und die "Regionalanästhesie". Hierbei legen wir besonderen Wert auf Patienten-Sicherheit, gute Verträglichkeit und Ihre persönlichen Wünsche.</i>

B-[2].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung**B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[2].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[2].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden:	Nein
Stationäre BG-Zulassung:	Nein

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)			
Gesamt:	2,00	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 2,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär:	2,00
		Fälle je Anzahl:	0,0

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt: 2,00

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 2,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 2,00
Fälle je Anzahl: 0,0**BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)**

Anzahl in Personen: 0

Fälle je Anzahl: 0,0

B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Anästhesiologie <i>Alle Ärzte der Abteilung führen die Gebietsbezeichnung "Arzt für Anästhesiologie"</i>

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Intensivmedizin <i>alle Fachärzte verfügen über die Zusatzweiterbildung</i>

B-[2].11.2 Pflegepersonal**MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:**

40,00

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 2,10

Erläuterungen zu zusätzlichen Qualifizierungen finden Sie unter der Rubrik pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 2,10 Ohne: 0,00

Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 2,10
		Fälle je Anzahl: 0,0

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	1,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 1,00
		Fälle je Anzahl: 0,0

B-[2].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Intensiv- und Anästhesiepflege <i>2 Mitarbeiterinnen verfügen über die abgeschlossene Weiterbildung "Krankenschwester für Anästhesie und Intensivmedizin"</i>
2	Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[2].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Schmerzmanagement <i>die lfd. Krankenschwester der Abteilung verfügt über vielfache Weiterbildungen zur algesiologischen (= schmerztherapeutischen) Assistenz</i>

B-[2].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

C Qualitätssicherung

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V

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

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

	LEISTUNGSBEREICH	AUSWAHL
1	Schlaganfall	Trifft nicht zu

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

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

C-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind

C-5.2 Leistungsbereiche, für die im Prognosejahr gemäß Mindestmengenregelungen Mindestmengen erbracht werden sollen

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen): 11

- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt: 10

- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:

10

* 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).

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

D-1.1 Leitbild (Leitmotto) des Krankenhauses, Vision, Mission

D-1.2 Qualitätsmanagementansatz / -grundsätze des Krankenhauses

D-1.2.1 Patientenorientierung

D-1.2.2 Verantwortung und Führung

D-1.2.3 Mitarbeiterorientierung und -beteiligung

D-1.2.4 Wirtschaftlichkeit

D-1.2.5 Prozessorientierung

D-1.2.6 Zielorientierung und Flexibilität

D-1.2.7 Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern

D-1.2.8 kontinuierlicher Verbesserungsprozess

D-1.3 Umsetzung / Kommunikation der Qualitätspolitik im Krankenhaus (z.B. Information an Patienten, Mitarbeiter, niedergelassene Ärzte und die interessierte Fachöffentlichkeit).

D-2 Qualitätsziele

D-2.1 strategische/ operative Ziele

D-2.2 Messung und Evaluation der Zielerreichung

D-2.3 Kommunikation der Ziele und der Zielerreichung

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements