Strukturierter Qualitätsbericht

gem. § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V

für das Berichtsjahr 2020

VENEN-CLINIC Bad Neuenahr

Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software 3M QM Portal Modul QS-Bericht, Version 2021.3.0 am 10.11.2021 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 3

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts 3

A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses 4

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-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung 6

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit 6

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses 7

A-8.1 Forschung und akademische Lehre 7

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen 7

A-9 Anzahl der Betten 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 Psychosomatik 11

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal 11

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung 11

A-12.1 Qualitätsmanagement 11

A-12.1.1 Verantwortliche Person 12

A-12.1.2 Lenkungsgremium 12

A-12.2 Klinisches Risikomanagement 12

A-12.2.1 Verantwortliche Person 13

A-12.2.2 Lenkungsgremium 13

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen 13

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems 14

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen 14

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte 14

A-12.3.1 Hygienepersonal 15

A-12.3.1.1 Hygienekommission 15

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene 15

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen 16

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie 16

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden 17

A-12.3.2.4 Händedesinfektion 18

A-12.3.2.5 Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE) 18

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement 19

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement 19

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) 20

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium 21

A-12.5.2 Verantwortliche Person 21

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal 21

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen 21

A-13 Besondere apparative Ausstattung 22

A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V 22

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe 22

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung 23

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung 23

A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen) 23

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen 23

B-[1] Gefäßchirurgie 23

B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 23

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel 24

B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 24

B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 24

B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 24

B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 25

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD 26

B-[1].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 27

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 27

B-[1].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 28

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 29

B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 30

B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 30

B-[1].11 Personelle Ausstattung 30

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen 30

B-[1].11.2 Pflegepersonal 31

B-[1].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik 33

B-[2] Anästhesie 33

B-[2].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 33

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel 33

B-[2].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 33

B-[2].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 34

B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 34

B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 34

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD 34

B-[2].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 34

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 35

B-[2].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 35

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 35

B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 35

B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 35

B-[2].11 Personelle Ausstattung 35

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen 35

B-[2].11.2 Pflegepersonal 36

B-[2].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik 37

C Qualitätssicherung 37

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V 37

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V 38

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung 38

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge 38

C-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind 38

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr 38

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V 39

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 39

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr 39

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG 39

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG 39

D Qualitätsmanagement 39

D-1 Qualitätspolitik 39

D-1.1 Leitbild (Leitmotto) des Krankenhauses, Vision, Mission 39

D-1.2 Qualitätsmanagementansatz / -grundsätze des Krankenhauses 40

D-1.2.1 Patientenorientierung 40

D-1.2.2 Verantwortung und Führung 40

D-1.2.3 Mitarbeiterorientierung und -beteiligung 40

D-1.2.4 Wirtschaftlichkeit 40

D-1.2.5 Prozessorientierung 40

D-1.2.6 Zielorientierung und Flexibilität 40

D-1.2.7 Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern 40

D-1.2.8 kontinuierlicher Verbesserungsprozess 40

D-1.3 Umsetzung / Kommunikation der Qualitätspolitik im Krankenhaus (z.B. Information an Patienten, Mitarbeiter, niedergelassene Ärzte und die interessierte Fachöffentlichkeit). 40

D-2 Qualitätsziele 40

D-2.1 strategische/ operative Ziele 40

D-2.2 Messung und Evaluation der Zielerreichung 40

D-2.3 Kommunikation der Ziele und der Zielerreichung 40

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements 41

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements 41

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte 41

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements 41

Vorwort

Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2020: Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2020 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2020 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht. Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2020 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

seit 1984 ist die VENEN-CLINIC als Fachkrankenhaus für Venen- und Enddarmerkrankungen, vom Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit, 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 Lipödemen 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 präsentieren zu dürfen, zugleich Ausgangspunkt für unsere stetigen 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 2021

Die Geschäftsleitung

Verantwortliche:

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

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

Links:

Link zur Internetseite 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 alt:	00
Standort-Nummer:	772129000
Telefon-Vorwahl:	02641
Telefon:	80090
E-Mail:	info@venen-clinic.de
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 *Strukturierte Beratung zur indikationsbezogenen Lebensführung*
4	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege *gem. § 139 Abs. 1a SGB V*
5	Sporttherapie/Bewegungstherapie *Venenwalking, Venengymnastik*
6	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie *in Kooperation mit dem Medizinischen Versorgungszentrum der Klinik*
7	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik *siehe Punkt 4*
8	Wundmanagement
9	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen *Strukturierte Beratung zur indikationsbezogenen Lebensführung*
10	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
11	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
12	Manuelle Lymphdrainage *apparative intermittierende Lymphdrainage*
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 Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
2	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) *Preis auf Anfrage*

	LEISTUNGSANGEBOT
3	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
4	Seelsorge/spirituelle Begleitung
5	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
6	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen *z.B. Diätküche, Komponentenwahl, konfessionsgebundene Speisenzubereitung, Allergiker, Vegetarier, Veganer, glutenfreie Ernährung u.a.*
7	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) *Internet-Anschluss (WLAN),Satelliten-TV & Festnetztelefon am Bett,Gemeinschafts- und Aufenthaltsraum, Tresor zur Aufbewahrung von Wertgegenständen*

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

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

A-7.2 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 Serviceeinrichtungen
4	Diätetische Angebote
5	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
6	Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen
7	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
8	Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift
9	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)

	ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT
10	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
11	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
12	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
13	Besondere personelle Unterstützung
14	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
15	Dolmetscherdienst
16	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

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

Anzahl Betten:	38

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	1379
Teilstationäre Fallzahl:	0
Ambulante Fallzahl:	3627

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

ANZAHL ÄRZTINNEN UND ÄRZTE INSGESAMT OHNE BELEGÄRZTE

Gesamt:	8,20		Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	*40,00*	
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	8,20		**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:	**Ambulant:**	2,60	**Stationär:**	5,60
	Am Hauptssitz der Klinik ist das Medizinische Versorgungszentrum MVZ VENEN-CLINIC GmbH mit den Fachrichtungen Chirurgie, Dermatologie u. Allgemeinmedizin zugelassen.			

- DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE	
Gesamt:	8,20
	hiervon:3 Fachärzte f. "Anästhesie", 4 Fachärzte für "Chirurgie" (alle mit Zusatzbez. Phlebologie"), Chirurg auch Facharzt f. Viszeralchirur mit Zusatzbez. "Proktologie", Fachärzte f. "Allgemeinme (beide Zusatzbez. "Phlebologie" 1 Facharzt f. Dermatologie mit Zusatzbez. "Phlebologie"

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	8,20	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	2,60	**Stationär:**	5,60
	siehe oben			

BELEGÄRZTINNEN UND BELEGÄRZTE	
Anzahl in Personen:	0

A-11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:
40,00

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN	
Gesamt:	13,56
Hiervon:	*2 Mitarbeiterinn mit fachspezifisch Zusatzanerke "Krankenschw für Anästhesie und Intensivmediz Mitarbeiterin über die zus. Tätigkeitsbeze "Techn. Sterilisationsa Fachkunde I bzw. I+II gem. Richtlinie der DGSV e.V."*

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	13,56	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	13,56

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

ALTENPFLEGERINNEN UND ALTENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

PFLEGEASSISTENTINNEN UND PFLEGEASSISTENTEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

KRANKENPFLEGEHELFERINNEN UND KRANKENPFLEGEHELFER (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

PFLEGEHELFERINNEN UND PFLEGEHELFER (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 ASSISTENTINNEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	1,00			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	1,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	1,00

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN	
Gesamt:	4,57

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	4,57	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,97	**Stationär:**	3,60

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**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-PSYCHOLOGINNEN UND DIPLOM-PSYCHOLOGEN

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

DIÄTASSISTENTIN UND DIÄTASSISTENT

Gesamt:	1,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**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 Enddarmerkrankungen 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 Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums 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 *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*
2	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
3	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten *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*
4	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
5	Schmerzmanagement *Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)*
6	Mitarbeiterbefragungen
7	Klinisches Notfallmanagement *Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)*
8	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechselungen *Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)*
9	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung *Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)*

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
10	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
11	Entlassungsmanagement *Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)*
12	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde *Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)*
13	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust *Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)*

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt?	Ja

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems:

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor *Letzte Aktualisierung: 30.12.2018*

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
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	1
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	1
Hygienefachkräfte (HFK)	1
Hygienebeauftragte in der Pflege	3[1)]

[1)] *alle leitenden Abteilungsschwestern 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 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.

mre-netz
regio rhein-ahr

Patientensicherheit durch Hygiene und Infektionsschutz

Zertifikat

VENEN-CLINIC
Hochstr. 23
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

hat die Anforderungen des mre-netz regio rhein-ahr für das
Qualitätssiegel für Hygiene in Krankenhäusern
erfüllt. Der Nachweis wurde durch ein Qualitätsaudit erbracht.

In den Jahren 2021, 2022 und 2023 sind zum Erhalt der Jahressiegel weitere Qualitätsaudits erforderlich.

Gültigkeitsdauer: 01.01.2020 – 31.12.2023

mre-netz regio rhein-ahr Siegel mre-netz regio rhein-ahr

2022

2023

Dr. med. Stefan Voss
Leiter des Gesundheitsamtes
Kreis Ahrweiler

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Martin Exner
Universitätsklinikum Bonn
Direktor des Institutes für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor:

Auswahl:	Kein Einsatz von ZVK

Der Standard (Liegedauer) 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 Wundauflage	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):	76
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 *z.B. regelmäßige (Re-)Validierung der Sterilgutaufbereitung nach DIN EN ISO 17665 u. EN 285; Prüfungen nach Medizinproduktegesetz; Prüfungen der raumlufttechnischen Anlagen nach DIN 1946, Teil 4 (12:2008)*
2	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen *1/2-jährliche Hygiene und Sicherheitsunterweisung*

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. *Chefarzt und die jeweiligen Abteilungsleitungen*	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Nein
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden *es steht ein Lob- und Beschwerdebriefkasten zur Verfügung*	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)

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.
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. Die ltd. Krankenhausapothekerin bzw. ihr(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

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.

	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)

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
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
	MRT: bei Bedarf in Kooperation mit dem in unmittelbarer Nachbarschaft liegenden Krankenhaus der Regelversorgung oder niedergelassenen Radiologen.		
2	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja
	CT: bei Bedarf in Kooperation mit dem in unmittelbarer Nachbarschaft liegenden Krankenhaus der Regelversorgung oder niedergelassenen Radiologen.		

A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Alle Krankenhäuser gewährleisten Notfallversorgung und haben allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern im entgeltrechtlichen Sinne geregelt. Das bedeutet, dassKrankenhäuser, die festgelegte Anforderungen an eine von drei Notfallstufen erfüllen, durch Vergütungszuschläge finanziell unterstützt werden.Krankenhäuser, die die Anforderungen an eine der drei Stufen nicht erfüllen, erhalten keine Zuschläge. Nimmt ein Krankenhaus nicht am gestuftenSystem von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber Abschläge vor.

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart?	Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung
Erläuterungen:	Die VENEN-CLINIC ist als Fachkrankenhaus für Venen- und Enddarmerkrankungen mit ihrer Hauptabteilung "Gefäßchirurgie" zugelassen. Sowohl medizintechnische wie auch fachärztliche und pflegerische Expertise gewährleisten das allzeitige Beherrschen medizinischer Notfallsituationen im Krankenhausalltag. Die darüber hinaus festgelegten entgeltrechtlichen Anforderungen des G-BA sind von der VENEN-CLINIC auf dem Hintergrund ihres Versorgungsauftrages nicht zu erbringen.

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung:

Erfüllt:	Nein

A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde.	Nein
Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden.	Nein

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 der Chefärztin/des Chefarztes:

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 *z.B. endoluminale Lasertherapie (ELT) beim Krampfaderleiden und Laser-Haemorrhoidoplastie (LHP)*
4	Duplexsonographie *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.*
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 *Operative und konservative Therapie von Enddarmerkrankungen (Hämorrhoiden, Analfisteln und -fissuren, perianale Thrombosen u.a.)*
11	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie *vibrationsgestützte sowie wasserstrahl-assistierte (WAL) Liposuktion bei krankhafter Fettverteilungsstörung unter strenger medizinischer Indikation.*
12	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen *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 Enddarmerkrankungen (z.B. Laserhaemorrhoidoplastie LHP).*
13	Spezialsprechstunde *Wir bieten eine umfangreiche Gefäßsprechstunde zur Diagnostik venöser Erkrankungen aller Schweregrade sowie weitere Vor- und Nachsorge bei operierten Patienten an.*
14	Minimalinvasive endoskopische Operationen *Minimal-invasive Chirurgie (MIC) bezeichnet als Oberbegriff operative Eingriffe mit kleinstem Trauma (mit kleinster Verletzung von Haut und Weichteilen).*
15	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe *Operative und konservative Behandlung von offenen Beinen (z.B. Hautplastiken u.a.)*
16	Endosonographie *innovative moderne digitale Videoendoskopie zur Befundung bei Untersuchungen des Enddarms*
17	Diagnostik und Therapie von Allergien
18	Laserchirurgie

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

Vollstationäre Fallzahl:	1379
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	805
2	I83.1	Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung	196
3	K64.1	Hämorrhoiden 2. Grades	73
4	K64.5	Perianalvenenthrombose	42
5	E88.21	Lipödem, Stadium II	34
6	E88.22	Lipödem, Stadium III	34
7	K62.0	Analpolyp	22
8	I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung	19
9	K61.0	Analabszess	16
10	K60.3	Analfistel	13
11	K64.4	Marisken als Folgezustand von Hämorrhoiden	11
12	K62.3	Rektumprolaps	9
13	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	9
14	K60.2	Analfissur, nicht näher bezeichnet	9
15	K60.1	Chronische Analfissur	8
16	L05.9	Pilonidalzyste ohne Abszess	6
17	I80.1	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der V. femoralis	6
18	I80.28	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten	5
19	K64.0	Hämorrhoiden 1. Grades	5
20	K62.1	Rektumpolyp	4
21	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	4
22	C44.7	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut der unteren Extremität, einschließlich Hüfte	< 4
23	I87.01	Postthrombotisches Syndrom mit Ulzeration	< 4
24	K62.2	Analprolaps	< 4
25	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	< 4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
26	K62.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Anus und des Rektums	< 4
27	Z01.5	Diagnostische Haut- und Sensibilisierungstestung	< 4
28	A46	Erysipel [Wundrose]	< 4
29	I80.9	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis nicht näher bezeichneter Lokalisation	< 4
30	D04.5	Carcinoma in situ: Haut des Rumpfes	< 4

B-[1].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	I83	Varizen der unteren Extremitäten	1020
2	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	140
3	E88	Sonstige Stoffwechselstörungen	68
4	K62	Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums	45
5	K60	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion	31
6	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	18
7	I80	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	15
8	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	8
9	L05	Pilonidalzyste	6
10	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	4

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	5-385.96	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): Seitenastvarize	1012
2	5-385.9x	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): Sonstige	944
3	5-385.70	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna	515
4	5-983	Reoperation	420
5	5-856.08	Rekonstruktion von Faszien: Naht: Oberschenkel und Knie	260
6	5-385.4	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Transkutane Unterbindung der Vv. perforantes (als selbständiger Eingriff)	253
7	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	231

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
8	5-385.d0	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: (Isolierte) Rezidivcrossektomie: V. saphena magna	173
9	5-385.90	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): V. saphena magna	154
10	5-385.72	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena parva	154
11	5-493.0	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Ligatur	131
12	1-654.1	Diagnostische Rektoskopie: Mit starrem Instrument	101
13	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	99
14	5-386.a5	Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme: Oberflächliche Venen: Oberschenkel	93
15	5-385.74	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: Vv. saphenae magna et parva	92
16	5-985.2	Lasertechnik: Dioden-Laser	87
17	5-986.x	Minimalinvasive Technik: Sonstige	73
18	5-911.1e	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut: Absaugen von Fettgewebe [Liposuktion]: Oberschenkel und Knie	72
19	5-492.00	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals: Exzision: Lokal	65
20	5-493.4	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Destruktion	63
21	5-911.1f	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut: Absaugen von Fettgewebe [Liposuktion]: Unterschenkel	63
22	1-653	Diagnostische Proktoskopie	56
23	5-385.d1	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: (Isolierte) Rezidivcrossektomie: V. saphena parva	54
24	5-493.71	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Ligatur einer A. haemorrhoidalis: Mit rektoanaler Rekonstruktion [Recto-anal-repair]	47
25	5-385.a1	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Lasertherapie: Endovenös [EVLT]	41
26	5-493.1	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Sklerosierung	40
27	5-385.92	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): V. saphena parva	36
28	5-492.01	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals: Exzision: Tief	29
29	5-386.a6	Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme: Oberflächliche Venen: Unterschenkel und Fuß	25
30	8-502	Tamponade einer Rektumblutung	24

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	3450
2	5-983	Reoperation	420
3	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	304
4	5-856	Rekonstruktion von Faszien	262
5	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	231
6	5-911	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut	151
7	5-386	Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme	118
8	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	114
9	1-654	Diagnostische Rektoskopie	101
10	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	94

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
	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

1	KOMPETENZZENTRUM FÜR VENEN-, ENDDARM- UND HAUTERKRANKUNGEN MIT DEN FACHRICHTUNGEN CHIRURGIE UND DERMATOLOGIE
	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
	Zulassung für alle gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen

2	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	Krankenhausbehandlung in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft u. Verpflegung zur Feststellung einer vollstat. Behandlungsnotwendigkeit (vorstationär) od. zur Sicherung des Behandlungserfolges (nachstationär).

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	76
2	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	12
3	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	< 4

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

ANZAHL ÄRZTINNEN UND ÄRZTE INSGESAMT OHNE BELEGÄRZTE					
Gesamt:	6,20		Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	*40,00*	
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	6,20	**Ohne:**	0,00	
Versorgungsform:	**Ambulant:**	2,60	**Stationär:**	3,60	
			Fälle je Anzahl:	383,1	

- DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE					
Gesamt:	6,20				
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	6,20	**Ohne:**	0,00	
Versorgungsform:	**Ambulant:**	2,60	**Stationär:**	3,60	
			Fälle je Anzahl:	383,1	

B-[1].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Allgemeinchirurgie
2	Viszeralchirurgie
3	Allgemeinmedizin
4	Haut- und Geschlechtskrankheiten
5	Arbeitsmedizin

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Akupunktur
2	Betriebsmedizin
3	Phlebologie
4	Allergologie
5	Proktologie
6	Naturheilverfahren
7	Sozialmedizin

B-[1].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:
40,00

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	11,46			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	11,46	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	11,46
			Fälle je Anzahl:	120,3

OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN (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:	1379,0

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	3,57			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	3,57	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,97	**Stationär:**	2,60
			Fälle je Anzahl:	530,4

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-PSYCHOLOGINNEN UND DIPLOM-PSYCHOLOGEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**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 der Chefärztin/des Chefarztes:

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
	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.

B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0
Kommentar/Erläuterung:	Für die nicht-bettenführende Abteilung Anästhesie ist keine separate Fallzahl auszuweisen.

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

ANZAHL ÄRZTINNEN UND ÄRZTE INSGESAMT OHNE BELEGÄRZTE

Gesamt:	2,00		Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	*40,00*
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:** 2,00		**Ohne:** 0,00	
Versorgungsform:	**Ambulant:** 0,00		**Stationär:** 2,00	
			Fälle je Anzahl: 0,0	

- DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE				
Gesamt:	2,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	2,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	2,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

BELEGÄRZTINNEN UND BELEGÄRZTE	
Anzahl in Personen:	0
Fälle je Anzahl:	0,0

B-[2].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Anästhesiologie

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Intensivmedizin

B-[2].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:
40,00

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN	
Gesamt:	2,10

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

Beschäftigungs-verhältnis:	**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			
Beschäftigungs-verhältnis:	**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
2	Hygienebeauftragte in der Pflege

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Schmerzmanagement

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

Angabe, ob auf Landesebene über die nach den §§ 136a und 136b SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgehende landesspezifische, verpflichtend Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V vereinbart wurden:

☑	Es wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.
☐	Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen 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 - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2020 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

Die VENEN-CLINIC erbringt keine Leistungen, die der Mindestmengenregelung (Mm-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V unterliegen.

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

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

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

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen:	10
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen:	9
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	9

* 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).

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

Die VENEN-CLINIC unterliegt im Berichtsjahr 2020 nicht den Regelungen zur Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PpUGV).

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

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