



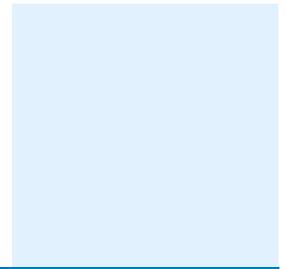
Capiro Mosel-Eifel-Klinik

Fachklinik für Venenerkrankungen
und Rezidiv-Operationen

Phlebologische Kompetenz seit 1982

Qualitätsbericht 2018





Editorial Geschäftsleitung

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Leserinnen und Leser,

seit 2006 stellt sich  Cario sehr erfolgreich den Herausforderungen des deutschen Gesundheitswesens als privater Träger von Akut- und Fachkliniken sowie Medizinischen Versorgungszentren.

Die Sicherung und Verbesserung der Patientenversorgung in unseren regionalen Kliniken mit modernen Therapie- und Behandlungsangeboten und guter Qualität ist eines unserer vordringlichen Ziele. Einen weiteren Schwerpunkt setzen wir in den Ausbau der Marktführerschaft unserer Cario-Venenkliniken.

Unser Qualitätskonzept beruht dabei auf 4 Säulen:

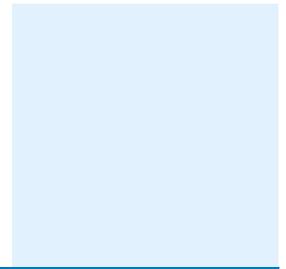
- moderne Medizin*
- gute Information*
- freundliche Behandlung*
- angenehme Umgebung*

Durch die Einführung von unabhängigen internen und externen Qualitätssicherungsmaßnahmen (z.B. DIN EN ISO 9001:2015) zur Verbesserung und Sicherung der medizinischen und organisatorischen Qualität unserer Leistungserbringung sowie dem internationalen Erfahrungsaustausch mit unseren Schwesterkliniken in Europa entwickeln wir uns und unsere Einrichtungen stetig weiter und gewährleisten damit die Patientenversorgung auf hohem Niveau.

Alle Cario Einrichtungen verfügen über ein attraktives Ambiente mit gehobener Ausstattung für einen optimalen Gesundheitserfolg unserer Patienten. Hierfür investiert Cario kontinuierlich in großem Umfang in Gebäude und Technik sowie in die Ausstattung der Patientenzimmer und Behandlungsbereiche.

Zentrale Aufgabe unserer künftigen Unternehmensstrategie ist der weitere Ausbau einer qualitativ hochwertigen, integrierten und effizienten Versorgungsstruktur innerhalb der Kliniken sowie die Anbindung weiterer Gesundheitsdienstleister durch eine externe Vernetzung. Dabei werden wir allen Partnern – vom Patienten bis zur Krankenversicherung – auch künftig hohe medizinische Qualität zum angemessenen Preis bieten.

Ihr Martin Reitz
Geschäftsführer (CEO)
Cario Deutsche Klinik GmbH



Vorstellung des Trägers

Die  Capio Deutsche Klinik GmbH wurde 1979 als „Deutsche Klinik GmbH“ in Bad Brückenau gegründet. Zunächst war das Unternehmen in der Krankenhaus-Beratung tätig. Seit 1996 wurden Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen sowie Pflegezentren entweder im Besitz oder Management als Deutsche Klinik GmbH geführt.

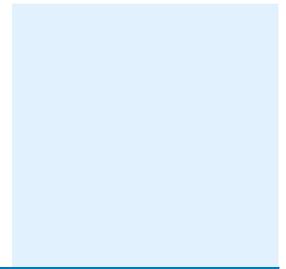
Im Jahr 2006 übertrugen die damaligen Gesellschafter ihre Gesellschaftsanteile an den schwedischen Krankenhauskonzern  Capio AB. Seit 2007 wurden weitere Kliniken der Grund-/Regelversorgung sowie Fachkliniken für Venenheilkunde und eine Augenklinik erworben.

Die Capio Gruppe ist ein pan-europäisches Unternehmen für Gesundheitsversorgung. Seit November 2018 befindet sich Capio mehrheitlich im Eigentum des französischen Klinikbetreibers Ramsay Général de Santé.  Capio bietet in seinen Krankenhäusern, Fachkliniken und Versorgungszentren eine hochwertige medizinische Qualität. In den mehr als 190 Einrichtungen in Schweden, Norwegen, Dänemark, Frankreich und Deutschland arbeiten über 12.500 Beschäftigte (Vollzeitkräfte) zum Wohle ihrer Patienten.

Die  Capio Deutsche Klinik GmbH betreibt bundesweit mit ca. 1.850 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern über 20 Einrichtungen an 11 Standorten. Zu den Einrichtungen zählen Krankenhäuser, hoch spezialisierte Venenfachkliniken, Medizinische Versorgungszentren und eine Augenklinik.

Die Geschäftsführung der  Capio Deutsche Klinik GmbH gewährleistet die Kontinuität in der Unternehmensführung. Die langjährige Unternehmenstätigkeit der „Deutsche Klinik GmbH“ auf dem Gebiet des Gesundheitswesens in Deutschland wurde mit dem Gesellschafter Capio / Ramsay GDS nachhaltig gesichert.

Der wesentliche Vorteil des  Capio Unternehmensprinzips besteht in der dezentralen Verantwortung innerhalb der europäischen Länder für das operative und strategische Geschäft. Die deutsche Geschäftsführung mit langjähriger Erfahrung im Gesundheitsmarkt handelt vor Ort und wird durch den zentralen Wissenspool des Capio Konzerns unterstützt.



Editorial Verwaltungsleitung

Sehr geehrte Damen und Herren,

Liebe Leserinnen und Leser,

auch in diesem Jahr dürfen wir Ihnen wieder die exzellenten medizinischen Ergebnisse der Capiro Mosel-Eifel-Klinik, Bad Bertrich, präsentieren.

Durch unsere seit 1982 bestehende medizinische Spezialisierung auf die Diagnostik und Therapie von Venenerkrankungen erzielen wir auch im internationalen Vergleich in den Sektoren Operationsrisiken und Rezidivquoten (= Wiederauftreten) nach wie vor absolute Spitzenwerte in der medizinischen Qualität und Patientensicherheit.

Um möglichst viele Patientinnen und Patienten davon profitieren zu lassen, bieten wir auch gerne ärztliche Zweitmeinungsverfahren an. Es gilt generell, die Venen zu erhalten; sie können als wertvolle körpereigene Ersatzstücke dienen bei eventuell später erforderlichen Bypass-Operationen. So führen wir als eines der wenigen Venenzentren in Europa auch die venenerhaltende Therapie Extraluminale Valvuloplastie durch. Diese Repair-Technik kann in der schonenden örtlichen Betäubung (Tumeszenzlokalanästhesie) durchgeführt werden; sie repariert sozusagen defekte Venenklappen.

Weitere Leistungs- und Strukturangebote finden Sie im vorliegenden Qualitätsbericht in den Teilen A und B, in Teil C die Maßnahmen der Qualitätssicherung und in Teil D Informationen über unser zertifiziertes Qualitätsmanagement.

Wie gewohnt finden Sie ganzjährig die aktuellen Informationen auf unserer Homepage (www.venen.de), Facebook (Capiro Mosel-Eifel-Klinik) und Instagram (venenlinik).

Bitte scheuen Sie sich nicht, bei Fragen oder Anregungen mit uns in Kontakt zu treten.

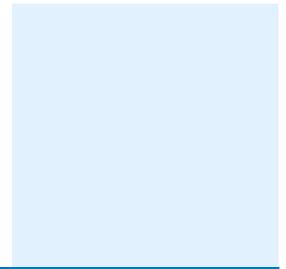
Ihre

Petra Hager-Häusler

Verwaltungsdirektorin
Capiro Mosel-Eifel-Klinik

Qualitätsbericht 2018

Einleitung



Ansprechpartner

Petra Hager-Häusler
Verwaltungsdirektorin
Tel. 02674 940 318
Fax 02674 940 311
Petra.Hager-Haeusler@de.capio.com

Dr. med. Norbert Frings
Ärztlicher Direktor
Tel. 02674 940 127
Fax 02674 940 295
Norbert.Frings@de.capio.com

Marlies Scheer
Pflegedienstleitung
Tel. 02674 940 131
Fax 02674 940 113
Marlies.Scheer@de.capio.com

Uschi Gebel
Pflegedienstleitung
Tel. 02674 940 328
Fax 02674 940 319
Uschi.Gebel@de.capio.com

Martin Reitz
Geschäftsführer
Tel. 0661-24292-0
Fax 0661-24292-299
Martin.Reitz@de.capio.com

Die Krankenhausleitung ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Hinweis:
Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Links
www.venen.de
www.capio-mosel-eifel-klinik.de
www.de.capio.com

Inhaltsverzeichnis

	Einleitung	2
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	9
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	9
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	10
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	10
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	10
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	10
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	11
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	13
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	17
A-8.1	Forschung und akademische Lehre	17
A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen	17
A-9	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	17
A-10	Gesamtfallzahlen	17
A-11	Personal des Krankenhauses	18
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen	18
A-11.2	Pflegepersonal	19
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	19
A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal	20
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	20
A-12.1	Qualitätsmanagement	20
A-12.1.1	Verantwortliche Person	20
A-12.1.2	Lenkungsgremium	21
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	21
A-12.2.1	Verantwortliche Person	21
A-12.2.2	Lenkungsgremium	21
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen	21
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems	22
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen	23
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	23
A-12.3.1	Hygienepersonal	23
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene	24
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen	24
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie	24
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden	24
A-12.3.2.4	Händedesinfektion	25
A-12.3.2.5	Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)	25
A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement	26
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	26

Inhaltsverzeichnis

A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	28
A-12.5.1	Verantwortliches Gremium	28
A-12.5.2	Verantwortliche Person	28
A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal	29
A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen	29
A-13	Besondere apparative Ausstattung	29
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	30
B-1	Fachklinik für Venenerkrankungen und Rezidiv-Operationen	30
B-1.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	30
B-1.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung	30
B-1.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	30
B-1.4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung	31
B-1.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	31
B-1.6	Hauptdiagnosen nach ICD	31
B-1.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	32
B-1.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	33
B-1.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	33
B-1.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	34
B-1.11	Personelle Ausstattung	34
B-1.11.1	Ärzte und Ärztinnen	34
B-1.11.2	Pflegepersonal	35
C	Qualitätssicherung	37
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	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	37
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	37
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	37
C-5.1	Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr	37
C-5.2	Leistungsberechtigung für das Prognosejahr	37
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	37
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	38
D	Qualitätsmanagement	39
D-1	Qualitätspolitik	39

Qualitätsbericht 2018

Einleitung

Inhaltsverzeichnis

D-2	Qualitätsziele	40
D-3	Aufbau des einrichtungswen Qualitätsmanagements	41
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	42
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte	44
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	45



Allgemeine Daten (Teil A)

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name: Capio Mosel-Eifel-Klinik
Institutionskennzeichen: 260711317
Standortnummer: 00
Straße: Kurfürstenstraße 40
PLZ / Ort: 56864 Bad Bertrich
Adress-Link: www.venen.de

Ärztliche Leitung

Name: Dr. med. Norbert Frings
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Ärztlicher Direktor
Telefon: 02674 / 940 - 127
Telefax: 02674 / 940 - 295
E-Mail: norbert.frings@de.capio.com

Pflegedienstleitung

Name: Sr. Uschi Gebel
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflegedienstleitung
Telefon: 02674 / 940 - 328
Telefax: 02674 / 940 - 319
E-Mail: uschi.gebel@de.capio.com

Name: Marlies Scheer
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflegedienstleitung
Telefon: 02674 / 940 - 131
Telefax: 02674 / 940 - 113
E-Mail: marlies.scheer@de.capio.com



Allgemeine Daten (Teil A)

Verwaltungsleitung

Name: Petra Hager-Häusler
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Verwaltungsdirektorin
Telefon: 02674 / 940 - 317
Telefax: 02674 / 940 - 311
E-Mail: petra.hager-haeusler@de.capio.com

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Träger: Capio Deutsche Klinik Bad Bertrich GmbH
Art: privat
Internet: www.de.capio.com

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Verpflichtung besteht: nein

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassmanagement / Brückenpflege / Überleitungspflege	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP28	Naturheilverfahren / Homöopathie / Phytotherapie	
MP33	Präventive Leistungsangebote / Präventionskurse	Venen-Gymnastik
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Venentage, Venenwoche

Allgemeine Daten (Teil A)

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen	
MP11	Sporttherapie / Bewegungstherapie	Venen-Gymnastik Venen-Walking
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln / Orthopädietechnik	
MP51	Wundmanagement	Spezielle Versorgung chronischer Wunden (Ulcus cruris)
MP52	Zusammenarbeit mit / Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Deutsche Venen-Liga e.V.

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
NM03	Patientenzimmer: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM11	Patientenzimmer: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM14	Ausstattung der Patientenzimmer: Fernsehgerät am Bett / im Zimmer	Kosten pro Tag: 0,00 Euro	Kostenlos. LCD-Fernsehgerät am Bett/ im Zimmer
NM15	Ausstattung der Patientenzimmer: Internetanschluss am Bett / im Zimmer	Kosten pro Tag: 0,00 Euro	Kostenloses W-LAN
NM17	Ausstattung der Patientenzimmer: Rundfunkempfang am Bett	Kosten pro Tag: 0,00 Euro	



Allgemeine Daten (Teil A)

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
NM18	Ausstattung der Patientenzimmer: Telefon am Bett	Kosten pro Tag: 1,00 Euro Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,25 Euro Kosten pro Minute bei eingehenden Anrufen: 0,00 Euro	Haus RB: 0,00 Euro
NM19	Ausstattung der Patientenzimmer: Wertfach / Tresor am Bett / im Zimmer		
NM01	Besondere Ausstattung des Krankenhauses: Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum		Hotelambiente
NM30	Besondere Ausstattung des Krankenhauses: Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	Kosten pro Tag: 5,00 Euro (maximal) Kosten pro Stunde: 0,20 Euro (maximal)	Tiefgarage Haus Sonnenberg und Haus Römerbad
NM07	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Rooming-in		Patientenservice auf Abruf
NM09	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		Ja
NM40	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Empfangs- und Begleitsdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen		Durch Hauspersonal



Allgemeine Daten (Teil A)

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
NM49	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen		Begrüßungsgespräch Vorträge
NM60	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		Deutsche Venen-Liga e.V.
NM65	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Hotelleistungen		Blueray Player, Handtücher, Bademäntel usw.
NM66	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	Für alle Diät- und sonstigen Ernährungswünsche	möglichst Voranmeldung

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF04	Unterstützung von sehbehinderten oder blinden Menschen: Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung	
BF05	Unterstützung von sehbehinderten oder blinden Menschen: Blindenleitsystem bzw. personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen	
BF06	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.	

Allgemeine Daten (Teil A)

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF07	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette	
BF08	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhlgerechter Zugang zu allen / den meisten Serviceeinrichtungen	
BF09	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug	
BF10	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen	
BF11	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Besondere personelle Unterstützung	
BF12	Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit: Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin	
BF13	Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit: Übertragung von Informationen in LEICHTE SPRACHE	

Allgemeine Daten (Teil A)

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF16	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung: Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	Aufnahme von Belgeitpersonen
BF17	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)	Übergroße Betten
BF18	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische	
BF20	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z. B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten	
BF21	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z. B. Patientenlifter	

Allgemeine Daten (Teil A)

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF22	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z. B. Anti-Thrombosestrümpfe	Individuelle Kompressionsverbände
BF23	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten oder Patientinnen mit schweren Allergien: Allergenarme Zimmer	
BF24	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten oder Patientinnen mit schweren Allergien: Diätetische Angebote	
BF25	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Dolmetscherdienst	
BF26	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	
BF29	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus	Englisch, französisch, luxemburgisch, russisch
BF27	Organisatorische Rahmenbedingungen zur Barrierefreiheit: Beauftragter und Beauftragte für Patienten und Patientinnen mit Behinderungen und für „Barrierefreiheit“	Rita Scheer, 02674-940-317, rita.scheer@de.capio.com



Allgemeine Daten (Teil A)

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
FL05	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien
FL07	Initiierung und Leitung von uni- / multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Bettenzahl: 99

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Vollstationäre Fälle: 3.406

Teilstationäre Fälle: 0

Ambulante Fälle:

– Fallzählweise: 17.176

Allgemeine Daten (Teil A)

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	15,9
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	15,9
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	7,8
- davon ambulante Versorgungsformen	8,09
Fachärztinnen/ -ärzte	10,2
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,2
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	3,84
- davon ambulante Versorgungsformen	6,36

¹ Bei den Belegärztinnen/ -ärzten ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben



Allgemeine Daten (Teil A)

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

Personal des Krankenhauses insgesamt

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ -innen	11,82	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,82	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	11,82	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	36,73	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	36,73	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	18,13	
- davon ambulante Versorgungsformen	18,6	

¹ Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Hinweis: Um einen umfassenden Überblick über die Personalstruktur des Standortes Bad Bertrich zu gewährleisten, sind die Ergebnisse der Gesamtpersonalstatistik aus der Capiro Mosel-Eifel-Klinik sowie dem Capiro MVZ Venenzentrum aufgeführt.

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

Trifft nicht zu bzw. entfällt.



Allgemeine Daten (Teil A)

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
SP28	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	1
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	1
	- davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Anzahl der Vollkräfte

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name: Petra Hager-Häusler
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Verwaltungsdirektorin
Telefon: 02674 / 940 - 317
E-Mail: petra.hager-haeusler@de.capio.com



Allgemeine Daten (Teil A)

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionbereiche: Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Verwaltung

Tagungsfrequenz: bei Bedarf

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name: Petra Hager-Häusler
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Verwaltungsdirektorin
Telefon: 02674 / 940 - 317
E-Mail: petra.hager-haesler@de.capio.com

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionbereiche: Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Verwaltung

Tagungsfrequenz: bei Bedarf

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: Zertifizierung DIN EN ISO 9001:2015 Letzte Aktualisierung: 28.08.2018
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM05	Schmerzmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)



Allgemeine Daten (Teil A)

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Qualitätszirkel
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinterne Fehlermeldesystems

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	Letzte Aktualisierung: 28.08.2018
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	Frequenz: bei Bedarf
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	Frequenz: bei Bedarf

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?
 Ja, Tagungsfrequenz: bei Bedarf

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



Allgemeine Daten (Teil A)

Begehungen
Patientenbefragung
Fehlererfassung
Hygieneschulungen

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?
Ja, Tagungsfrequenz: bei Bedarf

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

	Anzahl ¹	Kommentar / Erläuterung
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1	Externer Krankenhaushygieniker ist bei Bedarf beratend tätig.
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	1	
Hygienefachkräfte (HFK)	1	
Hygienebeauftragte in der Pflege	1	

¹ Anzahl der Personen

Hygienekommission: ja

Vorsitzende / Vorsitzender

Name: Dr. med. Norbert Frings
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarzt



Allgemeine Daten (Teil A)

Tagungsfrequenz der Hygienekommission

Tagungsfrequenz: quartalsweise

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt: nein

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor: ja

Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst: ja

Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert: ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor: trifft nicht zu

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor: ja

Der Standard thematisiert insbesondere

Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	ja
Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	ja
Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	ja
Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	ja
Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert:	ja



Allgemeine Daten (Teil A)

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben: trifft nicht zu

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben: nein

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

Der Standard thematisiert insbesondere

Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z.B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke¹

ja

Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)

ja

Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen

nein

Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen

ja

¹ www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html



Allgemeine Daten (Teil A)

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
HM01	Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten	https://www.venen.de/wissenschaft/	Mit unserer Ergebnisqualität über die extrem niedrigen Komplikationsraten liegen wir - auch im internationalen Vergleich - an der Spitze.
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Teilnahme (ohne Zertifikat)	Jährlicher Aktionstag "Saubere Hände"
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		Jährliche Hygieneaudits und regelmäßige Überprüfung der QM-Standards
HM09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		Mehrmals im Jahr

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterung
BM01	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Zeitnahe Aufarbeitung zur kontinuierlichen Verbesserung der Klinikprozesse



Allgemeine Daten (Teil A)

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterung
BM02	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Abteilungsübergreifend
BM03	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Alle Mitarbeiter leiten die Beschwerden schriftlich an die Verwaltungsdirektion.
BM04	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Alle schriftlichen Beschwerden werden an die Verwaltungsdirektion geleitet. Von dort erfolgt die zeitnahe Maßnahmenregelung.
BM05	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	
BM06	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	Petra Hager-Häusler Verwaltungsdirektorin Telefon: 02674 / 940 - 318 E-Mail: petra.hager-haeusler@de.capio.com Rita Scheer Sekretariat Telefon: 02674 / 940 - 317 E-Mail: rita.scheer@de.capio.com
BM08	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	

Allgemeine Daten (Teil A)

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterung
BM09	Patientenbefragungen	<p>Durchführung einer standardisierten, anonymen Patientenbefragung mit allen stationären Patienten. Diese Ergebnisse nutzen wir, um uns über die Zufriedenheit unserer Patienten mit medizinischer und pflegerischer Betreuung sowie dem Service auf dem Laufenden zu halten und ständig an weiteren Verbesserungen zu arbeiten.</p> <p>Die Ergebnisse zeigen, dass 97% alle stationären Patienten unsere Klinik weiterempfehlen.</p>

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.

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Es ist ein zentrales Gremium oder eine zentrale Arbeitsgruppe eingerichtet, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht.

Name: Arztbesprechung

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche: Ärztliche Mitarbeiter, bei Bedarf pflegerisches Personal (Information)

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Name: Dr. med. Norbert Frings

Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarzt

Telefon: 02674 / 940 - 127

E-Mail: norbert.frings@de.capio.com



Allgemeine Daten (Teil A)

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

	Anzahl ¹
Apotheker	0
Weiteres pharmazeutisches Personal	0

¹ Anzahl der Personen

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS01	Allgemeines: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen	
AS05	Medikationsprozess im Krankenhaus: Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) (A-12.2.3)
AS13	Entlassung: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs Bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und / oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik



Fachabteilungen (Teil B)

Fachklinik für Venenerkrankungen und Rezidiv-Operationen

B-1 Fachklinik für Venenerkrankungen und Rezidiv-Operationen

B-1.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Fachklinik für Venenerkrankungen und Rezidiv-Operationen
Schlüssel: Gefäßchirurgie (1800)
Art: Hauptabteilung
Telefon: 00492674 / 940 - 317
Telefax: 00492674 / 940 - 311
E-Mail: info.cmek@de.capio.com

Chefärzte

Name: Dr. med. Norbert Frings
Funktion / Arbeits-schwerpunkt: Ärztlicher Direktor
Telefon: 0049 / 2674 - 0
Telefax: 0049 / 2674 - 317
E-Mail: info.cmek@de.capio.com
Straße: Kurfürstenstraße 40
PLZ / Ort: 56864 Bad Bertrich
Adress-Link: www.venen.de

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V:
Ja

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie	Kommentar / Erläuterung
VC19	Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	Die Capio Mosel-Eifel-Klinik hat sich bereits seit 35 Jahren auf die Venenheilkunde spezialisiert.



Fachabteilungen (Teil B)

Fachklinik für Venenerkrankungen und Rezidiv-Operationen

B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung

Siehe Punkt A-7

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 3.406

Teilstationäre Fallzahl: 0

Anzahl Betten: 99

B-1.6 Diagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I83	Krampfadern der Beine	3.137
2	I89	Sonstige Krankheit der Lymphgefäße bzw. Lymphknoten, nicht durch Bakterien oder andere Krankheitserreger verursacht	194
3	I80	Verschluss einer Vene durch ein Blutgerinnsel (Thrombose) bzw. oberflächliche Venenentzündung	30
4	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	28
5	I87	Sonstige Venenkrankheit	9
6 – 1	L97	Geschwür am Unterschenkel	< 4
6 – 2	I97	Kreislaufkomplikationen nach medizinischen Maßnahmen	< 4
6 – 3	Z53	Personen, die Einrichtungen des Gesundheitswesens wegen bestimmter Maßnahmen aufgesucht haben, die aber nicht durchgeführt wurden	< 4
6 – 4	A46	Wundrose - Erysipel	< 4



Fachabteilungen (Teil B)

Fachklinik für Venenerkrankungen und Rezidiv-Operationen

B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

Rang 4, ICD T81, Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen. Hinweis: Hierbei handelt es sich um behandlungsbefürtigte Hämatome

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-385	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein	7.292
2	5-892	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut	3.540
3	5-397	Sonstige wiederherstellende Operation an Blutgefäßen	374
4	8-561	Funktionsorientierte körperliche Übungen und Anwendungen	172
5	8-191	Verband bei großflächigen bzw. schwerwiegenden Hautkrankheiten	163
6	8-192	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde	64
7	5-395	Operativer Verschluss einer Lücke in der Gefäßwand mit einem Haut- oder Kunststofflappen	47
8 – 1	5-380	Operative Eröffnung von Blutgefäßen bzw. Entfernung eines Blutgerinnsels	38
8 – 2	8-190	Spezielle Verbandstechnik	38
10	8-179	Sonstige Behandlung durch Spülungen	30
11	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	12
12 – 1	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	8



Fachabteilungen (Teil B)

Fachklinik für Venenerkrankungen und Rezidiv-Operationen

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
12 – 2	5-394	Erneute Operation nach einer Gefäßoperation	8
14 – 1	8-560	Anwendung von natürlichem oder künstlichem Licht zu Heilzwecken - Lichttherapie	< 4
14 – 2	5-895	Ausgedehnte operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	< 4
14 – 3	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	< 4
14 – 4	5-408	Sonstige Operation am Lymphgefäßsystem	< 4
14 – 5	5-899	Sonstige operative Entfernung von Haut bzw. Unterhaut	< 4

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Phlebologische Ambulanz

Art der Ambulanz: Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

Erläuterung: Teilnahme § 115b SGB V, ambulante Venen-Therapie inklusive Naturheilverfahren und Lasertherapie gem. § 95 SGB V

Angebotene Leistung

Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-385	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein	2.295

Hinweis: Um einen umfassenden Überblick über die Versorgungsstruktur des Venenzentrums Bad Bertrich zu gewährleisten, sind unter Punkt B-1.9 des Qualitätsberichtes 2018 sowohl die ambulanten Operationen nach § 115b SGB V als auch die ambulanten Operationen des Medizinischen Versorgungszentrums aufgeführt.



Fachabteilungen (Teil B)

Fachklinik für Venenerkrankungen und Rezidiv-Operationen

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

- Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
- stationäre BG-Zulassung

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	15,9
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	15,9
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	7,8
- davon ambulante Versorgungsformen	8,09
Davon Fachärztinnen/ -ärzte	10,2
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,2
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	3,84
- davon ambulante Versorgungsformen	6,36

¹ Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ63	Allgemeinmedizin



Fachabteilungen (Teil B)

Fachklinik für Venenerkrankungen und Rezidiv-Operationen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ07	Gefäßchirurgie
AQ20	Haut- und Geschlechtskrankheiten
AQ23	Innere Medizin
AQ49	Physikalische und Rehabilitative Medizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF03	Allergologie	
ZF28	Notfallmedizin	Fachkunde Rettungsdienst
ZF31	Phlebologie	

B-1.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ -innen	11,82	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,82	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	11,82	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	



Fachabteilungen (Teil B)

Fachklinik für Venenerkrankungen und Rezidiv-Operationen

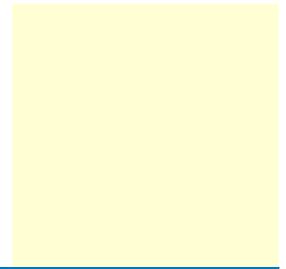
	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Medizinische Fachangestellte	36,73	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	36,73	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	18,13	
- davon ambulante Versorgungsformen	18,6	

¹ Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen - Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP16	Wundmanagement

Hinweis: Um einen umfassenden Überblick über die Personalstruktur des Standortes Bad Bertrich zu gewährleisten, sind die Ergebnisse der Gesamtpersonalstatistik der Capio Mosel-Eifel-Klinik sowie des Capio MVZ Venenzentrums aufgeführt.



Qualitätssicherung (Teil C)

C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V

Die Informationen für den Berichtsabschnitt "C-1" für dieses Berichtsjahr liegen noch nicht vor.

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

Über §§ 136a und 136b SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an den vereinbarten Qualitätssicherungsmaßnahmen nicht teil.

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

Für Venenfachklinien existiert kein Disease Management Programm, daher entfällt C-3.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

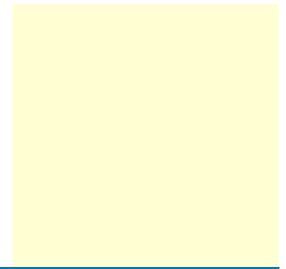
Das Krankenhaus hat in den Bereichen, für die Mindestmengen festgelegt sind, keine Leistungen erbracht.

C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

Für das Krankenhaus sind keine Mindestmengenrelevanten Leistungen im Prognosejahr geplant.

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

Trifft nicht zu bzw. entfällt.



Qualitätssicherung (Teil C)

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V

		Anzahl ²
1.	Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht ¹ unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	13
2.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 1, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	12
3.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	12

¹ 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)

² Anzahl der Personen



Qualitätsmanagement (Teil D)

D-1 Qualitätspolitik

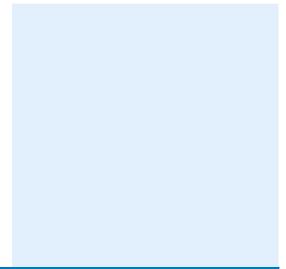
Die qualitativ hochwertige Versorgung aller Patienten in Diagnostik und Therapie ist unser wichtigstes Anliegen. Das Sozialgesetzbuch V sieht in §137 vor, dass die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft, unter Beteiligung der Bundesärztekammer sowie der Berufsorganisation der Krankenpflegeberufe, Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die nach §108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser einheitlich für alle Patienten vereinbaren.

Folgende Grundsätze sowie strategische und operative Ziele der Qualitätspolitik werden in der Capiro Mosel-Eifel-Klinik umgesetzt:

Die Krankenhausleitung verpflichtet sich gegenüber Patienten, Vertragspartnern und Behörden alle Tätigkeiten und Dienstleistungen wie ärztliche Versorgung und Behandlung, Diagnostik, Pflege und Therapien sowie die allgemeine und individuelle Patientenbetreuung in allen Phasen der Leistungserbringung in höchstmöglicher Qualität und nach den gesetzlichen Vorschriften durchzuführen.

Zu den Aufgaben aller Bereiche gehört die Förderung des Qualitätsbewusstseins im Dienste der Patienten. Die Führungskräfte sind verpflichtet, dieses Qualitätsbewusstsein zu steigern. Qualitätsverbesserungen bezüglich aller Tätigkeiten müssen ein kontinuierlicher Prozess sein. Sie müssen planmäßig und systematisch begonnen und verfolgt werden. Dies gilt für alle Bereiche des Krankenhauses. Für die Erfüllung der wichtigen Aufgaben werden alle Mitarbeiter zielgerecht informiert und geschult. Die Schulung ist danach zu beurteilen, in welchem Maße sie den Patienten, dem Qualitätsfortschritt der Abläufe und dem Qualitätsbewusstsein dient.

Die Krankenhausleitung stellt alle notwendigen materiellen Voraussetzungen hierfür zur Verfügung. Die Führungskräfte sorgen dafür, dass diese Qualitätspolitik allen Mitarbeitern der Klinik bekannt gemacht wird.



Qualitätsmanagement (Teil D)

D-2 Qualitätsziele

Selbstverständnis der Capio Mosel-Eifel-Klinik:

Beste Medizin

Seit über 35 Jahren werden in der Capio Mosel-Eifel-Klinik Therapien und Operationstechniken gegen Krampfadern immer weiter verfeinert. Die Klinik verzeichnet - auch im internationalen Vergleich - Spitzenwerte in der Ergebnisqualität mit niedrigsten Komplikations- und Wundinfektionsraten (bisher keine multiresistenten Keime!) sowie niedrigsten Rezidivquoten (Wiederauftreten von Krampfadern).

Patientenorientierung

Die Patienten sollen ihre Behandlung, einschließlich vor- und nachstationärer Betreuung, möglichst angenehm empfinden. Daher arbeiten wir kontinuierlich interdisziplinär an unserer Prozessqualität - von der Aufnahme bis zur nachstationären Versorgung werden unsere Prozesse regelmäßig überprüft. Ein entscheidendes Instrument zur Weiterentwicklung unserer Klinik stellt dabei die standardisierte Patientenbefragung inkl. der umgehenden Bearbeitung und Maßnahmenableitung dar. Verbesserungsvorschläge, aber auch Beschwerden, nehmen alle Mitarbeiter sehr ernst.

Mitarbeiterfreundlichkeit

Unsere Mitarbeiter sollen ihrer Arbeit zufrieden und motiviert nachgehen und sich mit ihr identifizieren. Wir organisieren patientenorientierte Arbeitsabläufe und legen großen Wert auf mitarbeiterfreundliches Verhalten. Die Schulung und Weiterbildung unserer Mitarbeiter genießt dabei einen hohen Stellenwert. Der Umgang miteinander hat die Würde jedes Einzelnen zu respektieren.

Bezahlbare Leistungen

Eine objektiv orientierte Medizin muss für alle Bürger zugänglich sein. Ein wirtschaftlicher Umgang mit den von der Gesellschaft erzielten Mitteln stellt dies sicher. Kostenmanagement und kurze Entscheidungswege sind dabei die wichtigsten Instrumente und die Voraussetzungen dafür, dass Patienten aller Kassen in unserer Fachklinik gleichermaßen willkommen sind.



Qualitätsmanagement (Teil D)

D-3 **Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements**

Das Ziel unseres internen Qualitätsmanagements ist die kontinuierliche Verbesserung unserer Prozesse und Dienstleistungen. Diese Maßnahmen werden entweder vom Chefarzt oder von den Abteilungsleitern in Absprache mit der Verwaltungsdirektion initiiert und umgesetzt. Eine/r Qualitätsmanagementbeauftragte/r als Stabstelle der Verwaltungsdirektion begleitet dabei die gesamte Arbeit. Die Qualitätsmanagement-Projekte sind entweder der ärztlichen Leitung oder der Verwaltungsdirektion zugeordnet und unterstellt. Grund hierfür ist das Wissen um die Wichtigkeit des Qualitätsmanagements und damit seiner Herausstellung als Top-Management-Aufgabe in der Capio Mosel-Eifel-Klinik.

Die besondere Qualität wurde zudem auch in 2018 von dem Verband der privaten Krankenversicherungsträger mit der PKV-Auszeichnung für Qualität und Service gewürdigt.

Qualitätsmanagement (Teil D)

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Beschwerdemanagement

Die Capio Mosel-Eifel-Klinik betreibt seit den Anfängen ein strukturiertes Beschwerdemanagement gemäß den Qualitätsmanagementrichtlinien, angefangen bei der Beschwerde-Erfassung bis zur Maßnahmeneinleitung und Rückmeldung an den Beschwerdeführer.

Patienten-Befragungen

Die strukturierte Befragung unserer Patienten ist als Vollbefragung mit einem standardisierten Fragebogen ausgelegt. Das heißt, dass es jedem Patienten möglich ist, seiner Zufrieden- oder Unzufriedenheit Ausdruck zu verleihen. Diese werden monatlich ausgewertet und der Verwaltungsdirektion vorgelegt, sodass auch unterjährig eine Veränderung der Zufriedenheit festgestellt werden und ggf. Maßnahmen eingeleitet werden können. Die Patientenbefragung liefert dadurch als Resultat eine ständige Anpassung an die Patientenwünsche und befähigt die Capio Mosel-Eifel-Klinik auch in Zukunft den Ansprüchen gerecht zu werden.

Einrichtungsinternes und -übergreifendes Fehlermeldesystem

Die Teilnahme an diesen Fehlermeldesystemen ermöglicht uns, ähnlich wie das Beschwerdemanagement und die strukturierte Patientenbefragung, Verbesserungspotentiale zu erkennen und uns stetig zu verbessern. Im Zentrum dieses Instrumentes steht die Patientensicherheit und die Vermeidung von unerwünschten Ereignissen. Diese Meldungen werden strukturiert erfasst, aufgearbeitet und archiviert.

Interne Kommunikation

Die Qualität unserer Leistungen hängt maßgeblich von der konstruktiven Kommunikation zwischen allen Abteilungen der Capio Mosel-Eifel-Klinik ab. Neben allgemeinen Besprechungen werden regelmäßige Schulungen und Fortbildungen für alle Mitarbeiter abgehalten. Die Capio Mosel-Eifel-Klinik versteht sich als Vorreiter in Sachen medizinischer Qualitätsstandards. Unter Leitung von Herrn Dr. med. Norbert Frings, Chefarzt der Capio Mosel-Eifel-Klinik und Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats des Internationalen Forums für Minichirurgie der Varizen, werden permanent wissenschaftliche Studien zu in der Capio Mosel-Eifel-Klinik angewandten minichirurgischen Verfahren durchgeführt und veröffentlicht, wodurch die Qualität der Capio Mosel-Eifel-Klinik kontinuierlich gemessen wird und verbessert werden kann.

Fehler- und Risikomanagement -die Komplikationsstatistiken

Bereits seit 1989 wird eine prospektive Erhebung von Komplikationen vorgenommen mit sich daran anschließenden Komplikationskonferenzen, in denen analysiert wird, wie es zu der Komplikation gekommen ist und durch welche Maßnahmen ein solches Geschehen in der Zukunft verhindert werden kann. Also betreibt die Capio Mosel-Eifel-Klinik bereits seit nahezu 30 Jahren eine strukturierte Qualitätssicherung, um die klinikinterne Qualität anhand von aufgetretenen Komplikationen zu messen, zu diskutieren und geeignete Verfahren einleiten zu können, um eine permanente Qualitätsverbesserung sicherzustellen.

Herauszustellen ist insbesondere, dass die Capio Mosel-Eifel-Klinik bei weit über 300.000 Operationen ein in der gesamten internationalen Literatur unerreicht niedriges Operationsrisiko erzielt.



Qualitätsmanagement (Teil D)

Wissenschaftliches Datenmaterial zur niedrigen Komplikationsrate bei Varizenoperationen in der Capio Mosel-Eifel-Klinik, Bad Bertrich

Ergebnisse 2018 bei 4567 Operationen

Todesfälle: 0

Ernsthafte Anästhesiezwischenfälle: 0

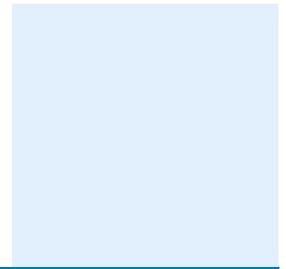
Tiefe Beinvenenthrombosen: 0,02 %

Gefäßverletzungen: 0

Infektionsrate: 0,19 %

Lymphfisteln: 0,28%

Rezidivquote: 1,3 % nach 2 Jahren und 1,6% nach 5 Jahren als absolute Spitzenwerte im internationalen Vergleich



Qualitätsmanagement (Teil D)

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Klinikzertifizierung nach der internationalen Qualitätsmanagement-Norm ISO 9001:2015

Hintergrund

Qualität in Behandlung, Pflege und Ambiente stehen seit über 35 Jahren im Mittelpunkt aller Bemühungen der Capio Mosel-Eifel-Klinik. Diese Bemühungen sollen durch die Qualitätsmanagement-Zertifizierung nach der internationalen Norm DIN EN ISO 9001:2015 auch nach außen getragen werden. Bei einer solchen Zertifizierung werden neben der Einhaltung von Hygienestandards und Maßnahmen zur Patientensicherheit alle wesentlichen Kern- und Unterstützungsprozesse auf den Prüfstand gestellt.

Bereits seit 2011 ist der Teilbereich „Patientenberatung und -versorgung sowie Anpassung von medizinischen Kompressionsstrümpfen“ nach der internationalen ISO-Norm zertifiziert. Dieser Bereich wurde bei der Klinikzertifizierung integriert.

Maßnahmen

Die Darstellung all unserer Prozesse sowie die administrativen Tätigkeiten für dieses Projekt stehen im Vordergrund und werden zentral über die Verwaltungsdirektion in direkter Abstimmung mit der/m Qualitätsmanagementbeauftragten sowie den einzelnen Abteilungen umgesetzt.

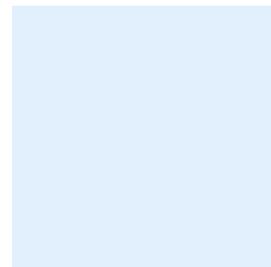
Die Abläufe sind übersichtlich, transparent und normkonform dargestellt, die Dokumentation überarbeitet / angepasst, Verantwortlichkeiten fixiert, die Informationen einheitlich gelenkt und für alle Mitarbeiter zugänglich gemacht. Mit dem Einpflegen dieser Standards in das neue, digitale QM-System wurde eine vereinfachte und nachvollziehbare Dokumentenlenkung ermöglicht.

Evaluierung

Das Qualitätsmanagement entwickelt sich fortwährend weiter und strebt nach kontinuierlicher Verbesserung. Große Vorteile sind die Transparenz, die Nachvollziehbarkeit und die Informationsverteilung des strukturierten Qualitätsmanagementsystems. Wichtige Meilensteine in der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems sind unter anderem die jährlich durchgeführten internen und externen Audits. In diesen werden regelmäßig die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems betrachtet und beurteilt sowie Verbesserungspotentiale entdeckt und genutzt.

Auszeichnung als Qualitätspartner der PKV

Auch in diesem Jahr erhält die Capio Mosel-Eifel-Klinik bereits zum wiederholten Mal die Auszeichnung als Qualitätspartner der PKV. Berücksichtigt hierbei werden neben der Behandlungsqualität auch die Aspekte der Patientensicherheit, der Patientenzufriedenheit und ein überdurchschnittlich guter Service.



Qualitätsmanagement (Teil D)

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Die Capio Mosel-Eifel-Klinik konzentriert sich aufgrund der sehr guten Erfahrungen weiterhin auf ihre individuellen Qualitätsmanagementprojekte zur kontinuierlichen Verbesserung von Prozess- und Ergebnisqualität. Die für dieses Berichtsjahr relevanten unter Punkt D-5 vorgestellten Qualitätsmanagementprojekte spiegeln das große Engagement der Klinikleitung und Mitarbeiter wider, das Wohl und die Zufriedenheit der zu behandelnden Patienten individuell zu gewährleisten und immer weiter zu verbessern.

Bereits in 2018 hat sich die Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems für unsere Klinik gezeigt. Durch die geschaffene Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Verfügbarkeit konnten wir unsere Prozess- und Ergebnisanalysen effizienter gestalten und die generierten Optimierungspotentiale effektiver umsetzen.

Die erfolgreich absolvierte Erstzertifizierung hat diese geschaffene Qualität und Effizienz ebenfalls bestätigt. Die kontinuierliche Weiterentwicklung unserer Prozesse und Dienstleistungen bestimmen hierbei unser Denken und Handeln.