

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

für

**Bergman Deutsche Klinik Bad Bertrich GmbH**

über das Berichtsjahr 2020

IK: 260711317  
Datum: 22.09.2021

## **Einleitung**

### **Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person**

Name: Nicole Bastian  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Qualitätsmanagementbeauftragte  
Telefon: 02674 / 940 – 249  
Telefax: 02674 / 940 – 188  
E-Mail: [Nicole.Bastian@bergmanclinics.de](mailto:Nicole.Bastian@bergmanclinics.de)

### **Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person**

Name: Armin Sülberg  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Verwaltungsdirektor  
Telefon: 02674 / 940 – 0  
Telefax: 02674 / 940 – 311  
E-Mail: [Armin.Suelberg@bergmanclinics.de](mailto:Armin.Suelberg@bergmanclinics.de)

### **Weiterführende Links**

Homepage: <http://www.venen.de>  
Weitere Informationen: <http://www.bergmanclinics-moseleifelklinik.de>

# Inhaltsverzeichnis

## Einleitung

### **A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses**

- A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses
- A-2 Name und Art des Krankenhausträgers
- A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus
- A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie
- A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses
- A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses
- A-7 Aspekte der Barrierefreiheit
  - A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen
  - A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit
- 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
- A-10 Gesamtfallzahlen
- A-11 Personal des Krankenhauses
  - A-11.1 Ärztinnen und Ärzte
  - A-11.2 Pflegepersonal
  - A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischem Personal in Psychiatrie und Psychosomatik
  - A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal
- A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung
  - A-12.1 Qualitätsmanagement
    - A-12.1.1 Verantwortliche Person
    - A-12.1.2 Lenkungsgremium
  - A-12.2 Klinisches Risikomanagement
    - A-12.2.1 Verantwortliche Person
    - A-12.2.2 Lenkungsgremium
    - A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen
      - A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems
      - A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen
    - A-12.2.3.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte
      - A-12.2.3.3.1 Hygienepersonal
      - A-12.2.3.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene
        - A-12.2.3.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen
        - A-12.2.3.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie
        - A-12.2.3.3.2.3 Umgang mit Wunden
        - A-12.2.3.3.2.4 Händedesinfektion
        - A-12.2.3.3.2.5 Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)
        - A-12.2.3.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement
    - A-12.2.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement
    - A-12.2.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)
      - A-12.2.5.1 Verantwortliches Gremium
      - A-12.2.5.2 Verantwortliche Person
      - A-12.2.5.3 Pharmazeutisches Personal
      - A-12.2.5.4 Instrumente und Maßnahmen
  - A-13 Besondere apparative Ausstattung
  - A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V
    - A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe
    - A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung
    - A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung
    - A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)

## **B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen**

### **B-1 Fachklinik für Venenerkrankungen und Rezidiv-Operationen**

- B-1.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-1.4 [unbesetzt]
- B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD
- B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- B-1.11 Personelle Ausstattung
  - B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte
  - B-1.11.2 Pflegepersonal

## **C Qualitätssicherung**

- C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V
- C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V
- 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 nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V
- 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 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V
- C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

## **D Qualitätsmanagement**

- D-1 Qualitätspolitik
- D-2 Qualitätsziele
- D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements
- D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements
- D-5 Qualitätsmanagement-Projekte
- D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

# A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Vor der 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.

## A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name: Bergman Deutsche Klinik Bad Bertrich GmbH  
Institutionskennzeichen: 260711317  
Standortnummer: 773577000  
Standortnummer (alt): 00  
Straße: Kurfürstenstraße 40  
PLZ / Ort: 56864 Bad Bertrich  
Adress-Link: <http://www.venen.de>  
Telefon: 02674 / 9400  
Telefax: 02674 / 940 – 311  
E-Mail: [info.mek@bergmanclinics.de](mailto:info.mek@bergmanclinics.de)

### Ärztliche Leitung

Name: Frauke Weigel  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarztin  
Telefon: 02674 / 940 – 127  
E-Mail: [Frauke.Weigel@bergmanclinics.de](mailto:Frauke.Weigel@bergmanclinics.de)

### Pflegedienstleitung

Name: Marlies Scheer  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflegedienstleitung  
Telefon: 02674 / 940 – 131  
Telefax: 02674 / 940 – 281  
E-Mail: [Marlies.Scheer@bergmanclinics.de](mailto:Marlies.Scheer@bergmanclinics.de)

### Verwaltungsleitung

Name: Armin Sülberg  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Verwaltungsdirektor  
Telefon: 02674 / 940 – 0  
Telefax: 02674 / 940 – 311  
E-Mail: [Armin.Suelberg@bergmanclinics.de](mailto:Armin.Suelberg@bergmanclinics.de)

## **A-2 Name und Art des Krankenhausträgers**

Träger: Bergman Deutsche Klinik Bad Bertrich GmbH  
Art: privat

## **A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

## **A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie**

Verpflichtung besteht: trifft nicht zu

## **A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses**

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	Venen-Gymnastik Venen-Walking
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/ Überleitungspflege	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP28	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phyto- therapie	
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventions- kurse	Venen-Gymnastik
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Venentage, Venenwoche
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädie- technik	
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	Kommentar / Erläuterung
NM0	Patientenzimmer: Ein-Bett-Zimmer mit 3 eigener Nasszelle	
NM1	Patientenzimmer: Zwei-Bett-Zimmer mit 1 eigener Nasszelle	
NM0	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: 9 Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)	Ja

Nr.	Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
NM4 0	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Empfangs- und Begleitsdienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besuchern durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	Durch Hauspersonal
NM4 9	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten	Begrüßungsgespräch Vorträge
NM6 0	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen	Deutsche Venen-Liga e.V.
NM6 6	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen	mit Voranmeldung

## **A-7 Aspekte der Barrierefreiheit**

### **A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen**

Name: Traudel Degen  
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: stationäre Terminvergabe  
 Telefon: 02674 / 940 – 122  
 Telefax: 02674 / 940 – 297  
 E-Mail: [Traudel.Degen@bergmanclinics.de](mailto:Traudel.Degen@bergmanclinics.de)

### **A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit**

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF1 6	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 Begleitpersonen
BF1 7	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Übergroße Betten
BF1 8	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF2 0	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Untersuchungs-einrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF2 1	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF2 2	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Individuelle Kompressionsverbände
BF2 3	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen oder Patienten mit schweren Allergien: Allergenarme Zimmer	
BF2 4	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen oder Patienten mit schweren Allergien: Diätische Angebote	
BF2 5	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Dolmetscherdienste	
BF2 6	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	
BF2 9	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus	Englisch, französisch

## **A-8            Forschung und Lehre des Krankenhauses**

### **A-8.1           Forschung und akademische Lehre**

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
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**

Bettenzahl: 52

## **A-10 Gesamtfallzahlen**

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Vollstationäre Fälle:

Teilstationäre Fälle:

Ambulante Fälle:

– Fallzählweise:

## **A-11 Personal des Krankenhauses**

### **A-11.1 Ärztinnen und Ärzte**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

### **A-11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

Es ist kein Pflegepersonal vorhanden.

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

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

### **A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

## **A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung**

### **A-12.1 Qualitätsmanagement**

#### **A-12.1.1 Verantwortliche Person**

Name: Armin Sülberg  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Verwaltungsdirektor  
Telefon: 02674 / 940 – 0  
Telefax: 02674 / 940 – 311  
E-Mail: [Armin.Suelberg@bergmanclinics.de](mailto:Armin.Suelberg@bergmanclinics.de)

#### **A-12.1.2 Lenkungsgremium**

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche: Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Verwaltung  
Tagungsfrequenz: quartalsweise

### **A-12.2 Klinisches Risikomanagement**

#### **A-12.2.1 Verantwortliche Person**

Name: Armin Sülberg  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Verwaltungsdirektor

Telefon: 02674 / 940 – 0  
 Telefax: 02674 / 940 – 311  
 E-Mail: [Armin.Suelberg@bergmanclinics.de](mailto:Armin.Suelberg@bergmanclinics.de)

### A-12.2.2 Lenkungs-gremium

Beteiligte Abteilungen /  
 Funktionsbereiche: Ärztlicher Dienst,  
 Pflegedienst,  
 Verwaltung  
 Tagungsfrequenz: quartalsweise

### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM0 1	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risiko- management-Dokumentation (QM/ RM-Dokumentation) liegt vor	Name: Zertifizierung DIN EN ISO 9001:2015 – Überwachungsaudit Letzte Aktualisierung: 05.09.2019
RM0 2	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungs- maßnahmen	
RM0 3	Mitarbeiterbefragungen	
RM0 4	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM0 5	Schmerzmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM0 6	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM0 9	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehl- funktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM1 0	Strukturierte Durchführung von inter- disziplinären Fallbesprechungen/ -konferenzen	Qualitätszirkel
RM1 2	Verwendung standardisierter Aufklärungs- bögen	
RM1 5	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM1 6	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM1 7	Standards für Aufwachphase und post- operative Versorgung	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM1 8	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)

#### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtung-internen Fehlermeldesystems

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrens- anweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	Letzte Aktualisierung: 28.08.2018
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	Frequenz: bei Bedarf

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
-----	--------------------------	---------------

IF03 Schulungen der Mitarbeiterinnen und 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:

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 <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	1	Externer Krankenhaushygieniker ist bei Bedarf beratend tätig.
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	1	
Hygienefachkräfte (HFK)	1	externe Hygienefachkraft ist bei Bedarf beratend tätig
Hygienebeauftragte in der Pflege	1	

<sup>1</sup> Anzahl der Personen

Hygienekommission: ja

#### **Vorsitzende / Vorsitzender**

Name: Frauke Weigel  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefärztin  
Telefon: 02674 / 940 – 127

#### **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 Antibiotikaprohylaxe 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 Antibiotikaprohylaxe liegt vor: ja

Der Standard thematisiert insbesondere

Indikationsstellung zur Antibiotikaprohylaxe ja

Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen / regionalen Resistenzlage) ja

Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprohylaxe ja

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

Die standardisierte Antibiotikaprohylaxe wird bei jeder operierten Patientin und jedem operierten Patienten mittels Checkliste (z. B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener / adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft: ja

### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor: ja

Der 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 Wundaufgabe ja

Meldung an die Ärztin oder den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion ja

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

### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

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

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemein- stationen wurde für das Berichtsjahr erhoben: nein

### A-12.3.2.5 Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)

Der Standard thematisiert insbesondere	
Die standardisierte Information der Patientinnen und Patienten mit ja einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke <sup>1</sup>	
Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patientinnen und Patienten liegt vor (standort-spezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern 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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patientinnen und Patienten	ja

<sup>1</sup> [www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke\\_node.html](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html)

### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
HM0 1	Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten	<a href="https://www.venen.de/-wissenschaft/">https://www.venen.de/-wissenschaft/</a>	Mit unserer Ergebnisqualität über die extrem niedrigen Komplikationsraten liegen wir – auch im internationalen Vergleich – an der Spitze.
HM0 4	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Teilnahme (ohne Zertifikat)	Jährlicher Aktionstag "Saubere Hände"
HM0 5	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		Jährliche Hygieneaudits und regelmäßige Überprüfung der QM-Standards
HM0 9	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		Mehrmals im Jahr

### A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterung
BM0 1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Zeitnahe Aufarbeitung zur kontinuierlichen Verbesserung der Klinikprozesse

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterung
BM0 2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Abteilungsübergreifend
BM0 3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Alle Mitarbeiter leiten die Beschwerden schriftlich an die betreffende Abteilung und die Verwaltungsdirektion
BM0 4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Alle schriftlichen Beschwerden werden an die dazugehörige Abteilung und die Verwaltungsdirektion geleitet. Von dort erfolgt die zeitnahe Maßnahmenregelung.
BM0 5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	
BM0 6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	Armin Sülberg Verwaltungsdirektor Telefon: 02674 / 940 – 0 E-Mail: <a href="mailto:Armin.Suelberg@bergmanclinics.de">Armin.Suelberg@bergmanclinics.de</a> Rita Scheer Sekretariat Telefon: 02674 / 940 – 317 E-Mail: <a href="mailto:Rita.Scheer@bergmanclinics.de">Rita.Scheer@bergmanclinics.de</a> Nicole Bastian Qualitätsmanagementbeauftragte Telefon: 02674 / 940 – 249 E-Mail: <a href="mailto:Nicole.Bastian@bergmanclinics.de">Nicole.Bastian@bergmanclinics.de</a>
BM0 8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	
BM0 9	Es werden regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt	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.  Die Ergebnisse zeigen, dass 97% alle stationären Patienten unsere Klinik weiterempfehlen.

## **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 / Funktionbereiche: Ärztliche Mitarbeiter, bei Bedarf pflegerisches Personal (Information)

#### **A-12.5.2 Verantwortliche Person**

Name: Frauke Weigel  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarzt  
Telefon: 02674 / 940 – 127  
E-Mail: [Frauke.Weigel@bergmanclinics.de](mailto:Frauke.Weigel@bergmanclinics.de)

#### **A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal**

	Anzahl <sup>1</sup>
Apothekerinnen und Apotheker	0
Weiteres pharmazeutisches Personal	0

<sup>1</sup> Anzahl der Personen

Bestellung, Beratung und Betreuung über die Zentralapothek e Krankenhaus Marienhof Koblenz

#### **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.

Die folgenden Aspekte können, ggf. unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden:

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ursprünglichen Medikation des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.

- Medikationsprozess im Krankenhaus

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.

Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z. B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u. ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur

Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -Verabreichung gemacht werden.

- Entlassung

Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte, sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.

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 der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen Bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

### **A-13 Besondere apparative Ausstattung**

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung
AA1 8	Hochfrequenzthermotherapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik
AA5 7	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik

### **A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA 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, dass Krankenhäuser, 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 gestuften System von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber Abschlüsse vor.

#### **A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe**

Teilnahme an der strukturierten Notfallversorgung: trifft nicht zu



Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezial- nein  
versorgung (siehe A-14.3):

**A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

**A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die nein  
von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem  
Krankenhaus eingerichtet wurde:

Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 ja  
Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den  
vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperations-  
vereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung  
eingebunden:

## **B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen**

### **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: 02674 / 9400  
Telefax: 02674 / 940 – 311

#### **Chefärztinnen und Chefarzte**

Name: Frauke Weigel  
Funktion / Chefärztin  
Arbeits-  
schwer-  
punkt:  
Telefon: 0049 / 2674 – 127  
Telefax: 0049 / 2674 – 311  
E-Mail: [Frauke.Weigel@bergmanclinics.de](mailto:Frauke.Weigel@bergmanclinics.de)  
Straße: Kurfürstenstraße 40  
PLZ / Ort: 56864 Bad Bertrich  
Adress-Link: <http://www.venen.de>

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten 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 Bergman Mosel-Eifel-Klinik ist bereits seit 35 Jahren auf die Venenheilkunde spezialisiert.
VC25	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Transplantationschirurgie	Bei Ulcus cruris

#### **B-1.4 [unbesetzt]**

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

#### **B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl:

## **B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

## **B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

## **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

### **Dermatologische Ambulanz**

Art der Ambulanz: Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

#### Angebotene Leistung

Diagnostik und Therapie von Allergien

Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen

Diagnostik und Therapie von Hauttumoren

Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut

Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen

Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten

Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen

Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahlen-  
einwirkung

Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde

Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut

Dermatochirurgie

Ästhetische Dermatologie

Diagnostik und Therapie von Dermatitis und Ekzemen

Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen

Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)

Wundheilungsstörungen

## **B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

## **B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

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

## **B-1.11 Personelle Ausstattung**

### **B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen**

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ0 6	Allgemeinchirurgie
AQ6 3	Allgemeinmedizin
AQ0 7	Gefäßchirurgie
AQ2 0	Haut- und Geschlechtskrankheiten
AQ2 3	Innere Medizin
AQ3 2	Kinder- und Jugendmedizin
AQ4 9	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

**Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen**

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ15	Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

**Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen**

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP16	Wundmanagement

## **C Qualitätssicherung**

### **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**

Das Krankenhaus nimmt nicht an Disease-Management-Programmen teil.

### **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**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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

	Anzahl <sup>2</sup>
1. Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –Psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht <sup>1</sup> unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	10
2. Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 1, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	10
3. Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	10

<sup>1</sup> nach den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –Psychotherapeuten im Krankenhaus“ (siehe [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de))

<sup>2</sup> Anzahl der Personen

### **C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

# **D Qualitätsmanagement**

## **D-1 Qualitätspolitik**

Wir, die Bergman Clinics Mosel-Eifel-Klinik, sind seit über 30 Jahren eine führende Venenfachklinik in Deutschland.

Zur Behandlung von Krampfaderleiden wenden wir ausschließlich medizinisch gesicherte Therapien an.

Als modernes Venenzentrum führen wir viele tausend Operationen im Jahr durch und verfügen daher über großes medizinisches Know-how mit einem sehr hohen Qualitätsstandard.

Dadurch wird gewährleistet, dass wir ganz gezielt und individuell auf die Bedürfnisse jedes einzelnen Patienten eingehen können.

Unsere engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeiten mit modernsten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auf höchstem medizinischem und pflegerischem Niveau.

Teamarbeit ist der Garant für die qualitätsorientierte Behandlung, denn alle unsere Mitarbeiter legen größten Wert auf das Wohl unserer Patienten.

In unserer Klinik steht der Mensch mit seinen Bedürfnissen, Erwartungen und Wünschen immer im Mittelpunkt unserer Arbeit.

Dies bedeutet für uns Qualität.

Bei der Unterbringung unserer Patienten legen wir größten Wert auf eine intensive, persönliche Betreuung und ein komfortables Ambiente zum Wohlfühlen.

Wir fühlen uns zu folgenden Punkten verpflichtet:

- die Anforderungen und Erwartungen unserer Patienten zu erfüllen,
- die gesetzlichen und behördlichen Vorgaben einzuhalten und
- durch ständige Verbesserung die Wirksamkeit unseres Managementsystems zu optimieren.

Durch die Ergänzung unseres Standortes durch das MVZ Phlebologie und Dermatologie können wir nun das ganze Spektrum der Medizin (ambulant + stationär) rund um Haut und Venen den Patienten aus einer Hand anbieten.

Um den Anforderungen unserer Qualitätspolitik, unserer Patienten und Kunden nachzukommen wurde in der Klinik das QM-System aufgebaut welches der internationalen Norm DIN EN ISO 9001:2015 entspricht.

Wir bieten beste medizinische Versorgung in angenehmer Atmosphäre.

## **D-2 Qualitätsziele**

Sinn unserer kommunizierten QM Politik ist es, den Mitarbeitern eine Richtung aufzuweisen, vor welchem Hintergrund alle Aktivitäten umzusetzen sind.

Hierzu werden QM Ziele abgeleitet, die mit der QM Politik im Einklang stehen.

### **Beste Medizin**

Seit über 35 Jahren werden in der Bergman 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 inklusiver 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.

\*

## **D-3            **Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements****

Das Ziel unseres internen Qualitätsmanagements ist die kontinuierliche Verbesserung unserer Prozesse und Dienstleistungen. Diese Maßnahmen werden durch das Qualitätsmanagement in Zusammenarbeit mit der Verwaltungsdirektion, der Chefarztin und den Abteilungsleitern umgesetzt.

## **D-4            **Instrumente des Qualitätsmanagements****

### **\*Instrumente des Qualitätsmanagements **Beschwerdemanagement****

Die Bergman Mosel-Eifel-Klinik betreibt seit den Anfängen ein strukturiertes Beschwerdemanagement gemäß den Qualitätsmanagementrichtlinien, angefangen bei der Beschwerde-Erfassung bis zur Maßnahmenableitung 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 dem Qualitätsmanagement 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 Bergman 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 Bergman Mosel-Eifel-Klinik ab. Neben allgemeinen Besprechungen werden regelmäßige Schulungen und Fortbildungen für alle Mitarbeiter

abgehalten. Die Bergman Mosel-Eifel-Klinik versteht sich als Vorreiter in Sachen medizinischer Qualitätsstandards.

### **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 Bergman 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 Bergman Mosel-Eifel-Klinik bei weit über 300.000 Operationen ein in der gesamten internationalen Literatur unerreicht niedriges Operationsrisiko erzielt.

## **D-5 Qualitätsmanagement-Projekte**

### **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 Bergman 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.



## Pandemie

In dieser speziellen Zeit ist der Schutz unserer Patienten und Mitarbeiter besonders wichtig. Hier zeigt sich, dass unsere Maßnahmen optimiert sind und wir keinen positiven Corona Fall verzeichnen konnten.

### **Auszeichnung als Qualitätspartner der PKV**

Auch in diesem Jahr erhält die Bergman 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.

## **D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements**

### **Bewertung des Qualitätsmanagements**

Die Bergman 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.

Die ständige Optimierung und Verfeinerung der schonenden und ästhetischen Therapien und Operationstechniken, deren Ergebnisse wissenschaftlich publiziert höchste Anerkennung auf internationalem Niveau finden, überzeugt unsere Patienten, zuweisende Ärzte und die Kostenträger im gesamten Bundesgebiet von den großen Vorteilen der medizinischen Spezialisierung