

Mosel-Eifel-Klinik GmbH

Qualitätsbericht 2024

gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V
über das Berichtsjahr 2024

QBx

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@mosel-eifel-klinik.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

Name: Katrin Andreas
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Geschäftsführerin
Telefon: 02674 / 940 - 0
Telefax: 02674 / 940 - 188
E-Mail: katrin.andreas@mosel-eifel-klinik.de

Weiterführende Links

Homepage: <https://mosel-eifel-klinik.de/>
Weitere Informationen: <https://mosel-eifel-klinik.de/>

Guten Tag, liebe Leserinnen und Leser,

herzlich willkommen in der Mosel-Eifel-Klinik, im idyllischen Kurort Bad Bertrich – einer grünen Oase zwischen Mosel und den Maaren der Vulkaneifel. Seit 1982 widmen wir uns konsequent dem Kernthema Vene und haben uns zu einem phlebologischen Zentrum entwickelt, das deutschlandweit einen einzigartigen Ruf genießt.

Zu unserer Venenklinik gehört ein Laserzentrum, ein medizinisches Versorgungszentrum (MVZ).

Unser vorrangiges Ziel ist die kontinuierliche qualitative Verbesserung der Patientenversorgung durch moderne Therapie- und Behandlungsangebote, verbunden mit hoher Flexibilität. Wir bieten eine Betreuung, die auf die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der uns anvertrauten Menschen abgestimmt ist.

Wir legen großen Wert auf Qualität und Sicherheit, auf die wir stolz sind.

In den kommenden Jahren möchten wir unsere Versorgungsstruktur innerhalb der Einrichtungen weiter ausbauen und weitere Gesundheitsdienstleister anbinden. Wir sehen Wachstum durch die Synergien unserer Kernbereiche und durch die Verbindung ambulanten und stationären Leistungsangebots. Barrierefreiheit und der gezielte Einsatz digitaler Angebote sind uns dabei besonders wichtig, damit wir auch künftig eine hochwertige medizinische Qualität sicherstellen können.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Katrin Andreas

QBK 2024

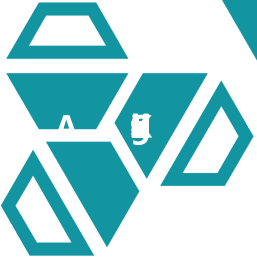
Inhaltsverzeichnis

	Einleitung	2
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	8
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	9
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	10
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	10
A-3a	Organisationsstruktur des Krankenhauses	10
A-4	[unbesetzt]	11
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	11
A-6	Weitere nichtmedizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	11
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	12
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen	12
A-7.2	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	12
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	14
A-8.1	Forschung und akademische Lehre	14
A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen	14
A-9	Anzahl der Betten	14
A-10	Gesamtfallzahlen	14
A-11	Personal des Krankenhauses	15
A-11.1	Ärztinnen und Ärzte	15
A-11.2	Pflegepersonal	15
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal und Genesungsbegleitung in Psychiatrie und Psychosomatik	16
A-11.3.1	Therapeutisches Personal	16
A-11.3.2	Genesungsbegleitung	16
A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal	16
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	16
A-12.1	Qualitätsmanagement	16

A-12.1.1	Verantwortliche Person	16
A-12.1.2	Lenkungsgremium	17
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	17
A-12.2.1	Verantwortliche Person	17
A-12.2.2	Lenkungsgremium	17
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen	17
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems	18
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen	19
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	19
A-12.3.1	Hygienepersonal	19
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene	20
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen	20
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie	20
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden	20
A-12.3.2.4	Händedesinfektion	21
A-12.3.2.5	Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)	21
A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement	22
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	22
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	23
A-12.5.1	Verantwortliches Gremium	23
A-12.5.2	Verantwortliche Person	24
A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal	24
A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen	24
A-12.6	Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	27
A-12.6.1	Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen	27
A-13	Besondere apparative Ausstattung	28
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	28
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe	28
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	28
A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung	29

A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Absatz 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	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 Ärztinnen und Ärzten	30
B-1.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	30
B-1.4	[unbesetzt]	31
B-1.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	31
B-1.6	Hauptdiagnosen nach ICD	31
B-1.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	31
B-1.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	32
B-1.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	32
B-1.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	32
B-1.11	Personelle Ausstattung	32
B-1.11.1	Ärztinnen und Ärzte	32
B-1.11.2	Pflegepersonal	33
C	Qualitätssicherung	35
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	36
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	36
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	36
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	36
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen (Mm-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	36
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	36

C-6.1	Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)	36
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	37
C-8	Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) im Berichtsjahr	37
C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	37
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	37
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)	38
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	38
D	Qualitätsmanagement	39
D-1	Qualitätspolitik	40
D-2	Qualitätsziele	40
D-3	Aufbau des einrichtungswenigen Qualitätsmanagements	41
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	41
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte	42
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	42
	Glossar	43



Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A

QBx

QBx

2024

2024

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name: Mosel-Eifel-Klinik GmbH
Institutionskennzeichen: 260711317
Standortnummer: 773577000
Straße: Kurfürstenstraße 40
PLZ / Ort: 56864 Bad Bertrich
Adress-Link: <https://mosel-eifel-klinik.de>
Telefon: 02674 / 9400
Telefax: 02674 / 940 - 188
E-Mail: info@mosel-eifel-klinik.de

Ärztliche Leitung

Name: Frauke Weigel
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarztin
Telefon: 02674 / 940 - 0
E-Mail: Frauke.Weigel@mosel-eifel-klinik.de

Pflegedienstleitung

Name: Marlies Scheer
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflegedienstleitung
Telefon: 02674 / 940 - 131
Telefax: 02674 / 940 - 281
E-Mail: Marlies.Scheer@mosel-eifel-klinik.de

Verwaltungsleitung

Name: Katrin Andreas
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Geschäftsführer
 Telefon: 02674 / 940 - 0
 Telefax: 02674 / 940 - 188
 E-Mail: katrin.andreas@mosel-eifel-klinik.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

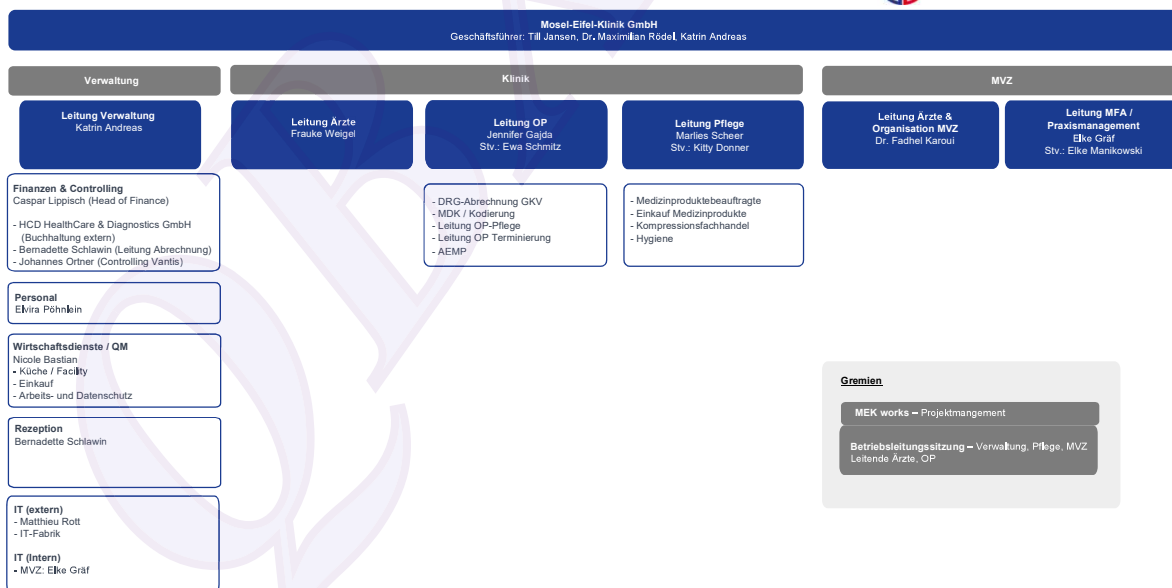
Träger: Mosel-Eifel-Klinik GmbH
 Art: privat

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

A-3a Organisationsstruktur des Krankenhauses

Organigramm Mosel-Eifel-Klinik GmbH
 Stand: Mai 2025



A-4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer A-4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	Informationen Venen-Gymnastik Informationen Venen-Walking
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungs- pflege	Entlassmanagement
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	Informationen Venen-Gymnastik
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Venentage, Venenwoche
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	Anleitung Kompressionsverbände, Kompressionsstrümpfe und Wund- versorgung
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	Kompressionsstrümpfe
MP51	Wundmanagement	Spezielle Versorgung chronischer Wunden (Ulcus cruris)
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfe- gruppen	Deutsche Venen-Liga e.V.

A-6 Weitere nichtmedizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
NM03	Patientenzimmer: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
NM11	Patientenzimmer: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
NM09	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)	Ja

Nr.	Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
NM40	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Empfangs- und Begleitservice für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besucher durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	Durch das Verwaltungs- und Pflegepersonal
NM49	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten	Begrüßungsgespräch bei der Anmeldung
NM60	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen	Deutsche Venen-Liga e.V.
NM66	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen	mit Voranmeldung möglich

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Name: Herta Steffens
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Terminvergabe
 Telefon: 02674 / 940 - 132
 Telefax: 02674 / 940 - 297
 E-Mail: herta.steffens@mosel-eifel-klinik.de

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

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 Begleitpersonen

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF17	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 mit Voranmeldung
BF18	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	einem Maximalgewicht von 140 KG
BF20	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF21	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Hilfsmittel zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF22	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	individuellen Kompressionsverbänden und Maßanfertigung von Kompressionsstrümpfen
BF23	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen oder Patienten mit schweren Allergien: Allergenarme Zimmer	

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF24	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen oder Patienten mit schweren Allergien: Diätische Angebote	
BF25	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Dolmetscherdienste	
BF26	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	
BF29	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

Weiterbildungsassistent Phlebologie möglich

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

A-9 Anzahl der Betten

Bettenzahl: 99

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Vollstationäre Fälle: 899

Teilstationäre Fälle: 0

Ambulante Fälle:

– Fallzählweise: 2.165

Fälle in StäB¹: 0

¹ Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	4,68
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,68
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	4,68
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Fachärztinnen und Fachärzte	1,78
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,78
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	1,78
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Angabe in Vollkräften

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

Personal des Krankenhauses insgesamt

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kranken- pfleger	8,08	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,08	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	8,08	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	0,2	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,2	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,2	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	5,03	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,03	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	5,03	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Angabe in Vollkräften

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

A-11.3.1 Therapeutisches Personal

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

A-11.3.2 Genesungsbegleitung

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: Nicole Bastian

Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Leitung Qualitätsmanagement

Telefon: 02674 / 940 - 249
 Telefax: 02674 / 940 - 188
 E-Mail: nicole.bastian@mosel-eifel-klinik.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Geschäftsführung
 Funktionsbereiche: Controlling
 QM
 Tagungsfrequenz: monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name: Nicole Bastian
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Leitung Qualitätsmanagement
 Telefon: 02674 / 940 - 249
 Telefax: 02674 / 940 - 188
 E-Mail: nicole.bastian@mosel-eifel-klinik.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Geschäftsführung
 Funktionsbereiche: Controlling
 QM
 Tagungsfrequenz: monatlich

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: Interne Prozesskontrollen, Audits und Controlling Letzte Aktualisierung: 01.12.2024
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM05	Schmerzmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM06	Sturzprophylaxe	Name: Interne Prozesskontrollen, Audits und Controlling Letzte Aktualisierung: 31.12.2024
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	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
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 einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	Letzte Aktualisierung: 31.12.2024
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	Frequenz: bei Bedarf
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	Frequenz: jährlich

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?

Ja, Tagungsfrequenz: quartalsweise

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

CIRS Konferenzen

Hygiene Konferenzen

ASA Sitzungen

Begehungen

Patientenbefragung

Fehlererfassung

Hygieneschulungen

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige

konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit: für alle Bereiche, Coronaprophylaxe:

Spezielle Patienteninformation, Eingangskontrollen

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

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

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

	Anzahl¹	Kommentar / Erläuterung
Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	1	Externer Krankenhaushygieniker
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	1	interner hygienebeauftragter Arzt
Hygienefachkräfte (HFK)	1	externe Hygienefachkraft
Hygienebeauftragte in der Pflege	1	interne Hygienebeauftragte

¹ Angabe in Personen

Hygienekommission: ja

Vorsitzende / Vorsitzender

Name: Frauke Weigel

Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarztin

Telefon: 02674 / 940 - 0

E-Mail: frau.ke.weigel@mosel-eifel-klinik.de

Tagungsfrequenz der Hygienekommission

Tagungsfrequenz: halbjährlich

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: ja

Der Standard thematisiert insbesondere	
Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe	ja
Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen / regionalen Resistenzlage)	ja
Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe	ja

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

Die standardisierte Antibiotikaprophylaxe 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

Der Standard thematisiert insbesondere	
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 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 Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben: ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen: 40 ml/Patiententag

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen: ja

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 einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke ¹	ja
Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patientinnen und Patienten liegt vor (standortspezifisches 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	ja
Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patientinnen und Patienten	ja

¹ 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
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 Mitarbeiterinnen und 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	Abteilungsübergreifend
BM02	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Beschwerdemanagement Konzept ist vorhanden.
BM03	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Alle Mitarbeiter leiten die Beschwerden schriftlich an die betreffende Abteilung und/oder direkt an die Geschäftsführung.
BM04	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Alle schriftlichen Beschwerden werden an die zugehörige Abteilung und die Geschäftsführung geleitet. Von dort erfolgt die zeitnahe Maßnahmenregelung.
BM05	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterung
BM06	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	Katrin Andreas Geschäftsführer Telefon: 02674 / 940 - 0 E-Mail: katrin.andreas@mosel-eifel-klinik.de Nicole Bastian Leitung Qualitätsmanagement Telefon: 02674 / 940 - 249 E-Mail: Nicole.Bastian@mosel-eifel-klinik.de
BM08	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Vorhanden für Mitarbeiter über CIRS und für Patienten anonym über die Patientenfragebögen möglich
BM09	Es werden regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt	Durchführung einer standardisierten, anonymen Patientenbefragung mit allen 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 96% 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 / Funktionsbereiche: Ärztliche Mitarbeiter, bei Bedarf pflegerisches Personal (Information) in Zusammenarbeit mit der Zentralapothek

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Name: Frauke Weigel
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarztin
 Telefon: 02674 / 940 - 0
 E-Mail: Frauke.Weigel@mosel-eifel-klinik.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

	Anzahl ¹
Apothekerinnen und Apotheker	0
Weiteres pharmazeutisches Personal	0

¹ Angabe in Personen

Bestellung, Beratung und Betreuung über die Zentralapotheke 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, zum Beispiel 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, gegebenenfalls 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 der Patientin oder des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.

- Medikationsprozess im Krankenhaus

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittel-anamnese - Verordnung - Patienteninformation - Arzneimittelabgabe - Arzneimittelanwendung - Dokumentation - Therapieüberwachung - Ergebnisbewertung.

Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, zum Beispiel bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiets, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnisses, Verträglichkeit (inklusive

potenzieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen und Ähnliches) 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	Kommentar / Erläuterung
AS01	Allgemeines: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen		
AS04	Aufnahme ins Krankenhaus - inklusive Arzneimittel-anamnese: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)		
AS05	Medikationsprozess im Krankenhaus: Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittel-anamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Name: Interne Prozessoptimierungen, Audits und Controlling Letzte Aktualisierung: 31.12.2024	Aufnahme Patient. Hier werden die aktuelle Medikamente des Patienten dokumentiert (Arzneimittelanamnese) und anschließend zur klinischen Bewertung dem behandelndem Arzt vorgelegt. Umstellung der Medikation auf ärztliche Anordnung

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
AS06	Medikationsprozess im Krankenhaus: SOP zur guten Verordnungspraxis	Name: Principa Letzte Aktualisierung: 15.09.2025	Bestandteil der digitalen Akte, Erfassung erfolgt über Medikationstool, dort wird im Kurvenbereich das SOP festgehalten
AS07	Medikationsprozess im Krankenhaus: Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, das heißt strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)		
AS08	Medikationsprozess im Krankenhaus: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinik-Center®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)		
AS11	Medikationsprozess im Krankenhaus: Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln		
AS12	Medikationsprozess im Krankenhaus: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung	Kontrollsystem durch die digitale Akte

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
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 (gegebenenfalls vorläufigen) Entlassbriefs Aushändigung von Patientinformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen Bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten	

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß Teil A § 4 Absatz 2 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben Einrichtungen die Prävention von und Intervention bei Gewalt und Missbrauch als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorzusehen. Ziel ist es, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern. Das jeweilige Vorgehen wird an Einrichtungsgröße, Leistungsspektrum und den Patientinnen und Patienten ausgerichtet, um so passgenaue Lösungen zur Sensibilisierung der Teams sowie weitere geeignete vorbeugende und intervenierende Maßnahmen festzulegen. Dies können unter anderem Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.

Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen?

ja

Wichtiger Punkt in der Gefährdungsbeurteilung der Klinik, der regelmäßig überprüft wird.
Den Mitarbeitern steht ein Meldeportal zur Verfügung, bei Bedarf auch anonym.

A-12.6.1 Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen

Gemäß Teil A § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben sich Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen zu befassen (Risiko- und Gefährdungsanalyse) und – der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend – konkrete Schritte und Maßnahmen abzuleiten (Schutzkonzept). In diesem Abschnitt geben Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche versorgen, an, ob sie gemäß Teil A § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.

Es werden keine Kinder und/oder Jugendliche versorgt.

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h ¹	Kommentar / Erläuterung
AA01	Angiographiegerät/ DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	<input type="checkbox"/>	Duplexgeräte in den Behandlungsräumen
AA18	Hochfrequenzthermotherapiegerät	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	_____ ²	
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	_____ ²	

¹ 24h: Notfallverfügbarkeit 24 Stunden am Tag sichergestellt (² bei diesem Gerät nicht anzugeben)

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: Notfallstufe oder Nichtteilnahme wurde noch nicht vereinbart

Kommentar:

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

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 Absatz 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)

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

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

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

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Frauke Weigel
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefärztin
 Telefon: 0049 / 2674 - 9400
 Telefax: 0049 / 2674 - 188
 E-Mail: Frauke.Weigel@mosel-eifel-klinik.de
 Straße: Kurfürstenstraße 40
 PLZ / Ort: 56864 Bad Bertrich
 Adress-Link: <https://mosel-eifel-klinik.de/>

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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 Mosel-Eifel-Klinik ist bereits seit über 40 Jahren auf die Venenheilkunde spezialisiert.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie	Kommentar / Erläuterung
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: 899
 Teilstationäre Fallzahl: 0
 Anzahl Betten: 99

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I83	Krampfadern der Beine	887
2	I80	Verschluss einer Vene durch ein Blutgerinnsel (Thrombose) bzw. oberflächliche Venenentzündung	4
3 – 1	L02	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen	< 4
3 – 2	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	< 4
3 – 3	E66	Fettleibigkeit, schweres Übergewicht	< 4
3 – 4	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	< 4
3 – 5	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	< 4

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-385	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein	1.156
2	5-892	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut	5

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
3 – 1	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	4
3 – 2	5-983	Erneute Operation	4
5 – 1	5-895	Ausgedehnte operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	< 4
5 – 2	8-192	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde	< 4
5 – 3	8-191	Verband bei großflächigen bzw. schwerwiegenden Hautkrankheiten	< 4
5 – 4	5-995	Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Operation nicht komplett durchgeführt)	< 4

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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	2.165

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Unsere Klinik hat keinen Durchgangsarzt

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	4,68
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,68
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	4,68
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	1,78
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,78
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	1,78
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Angabe in Vollkräften

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ63	Allgemeinmedizin
AQ07	Gefäßchirurgie
AQ20	Haut- und Geschlechtskrankheiten
AQ49	Physikalische und Rehabilitative Medizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	
ZF03	Allergologie	
ZF06	Dermatohistologie (MWBO 2003)	
ZF62	Krankenhaushygiene	
ZF28	Notfallmedizin	Fachkunde Rettungsdienst
ZF31	Phlebologie	

B-1.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

40 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kranken- pfleger	8,08	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,08	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	8,08	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	0,2	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,2	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,2	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	5,03	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,03	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	5,03	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Angabe in Vollkräften

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ15	Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen	Kommentar / Erläuterung
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP27	OP-Koordination/OP-Management	Kodierfachkraft.
ZP32	Gefäßassistentin und Gefäßassistent DGG®	Gefäßassistentin



Qualitätsicherung



QBX

C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 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

Qualitätssicherung durch IQTIG

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen (Mm-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

C-6.1 Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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

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

¹ Angabe in Personen

² Nach den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten im Krankenhaus“ (siehe www.g-ba.de)

C-8 Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad ¹	Ausnahmetatbestände
Allgemeine Chirurgie	Phlebologie	Tag	100 %	0
		Nacht	100 %	0

¹ Monatsbezogener Erfüllungsgrad: Anteil der Monate des Berichtsjahres, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen auf der jeweiligen Station im Monatsdurchschnitt eingehalten wurden, getrennt nach Tag- und Nachtschicht. (Hinweis: Mögliche Ausnahmetatbestände sind nicht berücksichtigt)

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad ¹
Allgemeine Chirurgie	Phlebologie	Tag	100 %
		Nacht	100 %

¹ Schichtbezogener Erfüllungsgrad: Anteil der geleisteten Schichten auf der jeweiligen Station, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen eingehalten wurden, getrennt nach Tag- und Nachtschicht. (Hinweis: Mögliche Ausnahmetatbestände sind nicht berücksichtigt)

C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)

Die Informationen für den Berichtsabschnitt "C-9" für dieses Berichtsjahr liegen noch nicht vor.

C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien

Krankenhausstandorte, an denen neue Therapien gemäß den Anlagen der ATMP-QS-RL angewendet werden, müssen die dort vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität erfüllen. Der Medizinische Dienst überprüft die Umsetzung der relevanten Qualitätsanforderungen und stellt dem Krankenhaus eine Bescheinigung aus, wenn diese vollumfänglich erfüllt werden. ATMP nach dieser Richtlinie dürfen ausschließlich von Leistungserbringern angewendet werden, die die Mindestanforderungen erfüllen.

Am Krankenhausstandort werden keine Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet.

Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung nach §135aff SGB V werden eingehalten

Die Qualitätssicherung erfolgte durch interne Audits, Begehungen, Prozessanalysen mit den damit verbundenen Optimierungen und der Dokumentation, Schulungen von Mitarbeitern, sowie Sicherstellung dass Gesetze und Richtlinien eingehalten werden.



Qualitätsmanagement

D

QBx

QBx 2024

D-1 Qualitätspolitik

Unter Qualitätsmanagement verstehen wir die Festlegung der Qualitätspolitik sowie die Formulierung verbindlicher Qualitätsziele durch die Krankenhausleitung. Die Umsetzung erfolgt mittels Qualitätsplanung, Qualitätssicherung (QSR) und Qualitätsförderung sowie kontinuierlicher Verbesserungsprozesse (KVP) und wird jährlich in unseren Qualitätsberichten dokumentiert. Qualitätsberichte sind für alle Krankenhäuser gesetzlich verpflichtend. Die Mosel-Eifel-Klinik nutzt diese Verpflichtung, um ihre Qualitätsentwicklung transparent nach außen zu kommunizieren und sich mit anderen Kliniken zu messen.

Durch systematische Analysen identifizieren wir Abweichungen zwischen dem angestrebten Soll-Zustand und dem tatsächlichen Ist-Zustand und entwickeln zielgerichtete Maßnahmen zur Optimierung. Seit über 40 Jahren betreiben wir ein umfangreiches internes Qualitätsmanagement sowie eine Komplikationsstatistik. Der Qualitätsbericht dient als Motivation und Basis für die Identifikation zukünftiger Verbesserungspotenziale. Zusätzlich beteiligen wir uns an der Initiative Qualitätsmedizin (IQM), wodurch Krankenhäuser ihre Ergebnisse mit denen vieler Mitgliedskrankenhäuser vergleichen können. Regelmäßige Besuche von Experten aus den Mitgliedskrankenhäusern ermöglichen den kollegialen Austausch nach dem Prinzip des Lernens voneinander.

Mit einer außerordentlich niedrigen Komplikationsrate belegen wir ausgezeichnete Ergebnisse. Dank schonender Verfahren reduzieren sich Operations- und Anästhesie-Risiken deutlich. Neben medizinischer Kompetenz legen wir großen Wert auf individuelle Betreuung. Kurze Wartezeiten bei der Terminvergabe tragen maßgeblich zur hohen Patientenzufriedenheit bei. Als modernes Venenzentrum führen wir jährlich zahlreiche Operationen durch und verfügen über ein umfangreiches medizinisches Know-how sowie einen hohen Qualitätsstandard, der eine gezielte, individuelle Behandlung jedes Patienten ermöglicht. Unsere engagierten Mitarbeitenden arbeiten mit modernsten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auf höchstem medizinischem und pflegerischem Niveau. Teamarbeit ist der Garant einer qualitätsorientierten Behandlung, denn das Wohl unserer Patienten steht stets im Mittelpunkt.

Qualität bedeutet für uns, den Menschen mit seinen Bedürfnissen, Erwartungen und Wünschen in den Mittelpunkt zu stellen. Bei der Unterbringung unserer Patienten legen wir besonderen Wert auf intensive, persönliche Betreuung und ein komfortables Ambiente. Wir verpflichten uns zur Erfüllung der Anforderungen und Erwartungen unserer Patientinnen und Patienten sowie zur Einhaltung gesetzlicher und behördlicher Vorgaben.

D-2 Qualitätsziele

Sinn und Zweck unserer kommunizierten QM-Politik ist es, den Mitarbeitern Orientierung zu geben und klar aufzuzeigen, in welchem Hintergrund alle Aktivitäten umzusetzen sind. Daraus leiten sich Qualitätsziele ab, die im Einklang mit der QM-Politik stehen.

Beste Medizin Seit mehr als 40 Jahren verfeinert die Mosel-Eifel-Klinik Therapien und Operationstechniken gegen Krampfadern kontinuierlich weiter. Wir führen international anspruchsvolle Standards und erzielen Spitzenwerte in der Ergebnisqualität – mit den niedrigsten Komplikations- und Wundinfektionsraten (bisher keine multiresistenten Keime) sowie sehr niedrigen Rezidivquoten.

Patientenorientierung Ziel ist es, dass Patienten ihre Behandlung – einschließlich Vor- und Nachsorge – möglichst angenehm erleben. Deshalb arbeiten wir kontinuierlich interdisziplinär an unserer Prozessqualität: Von der Aufnahme bis zur nachstationären Versorgung werden alle Abläufe

regelmäßig überprüft. Ein zentrales Instrument zur Weiterentwicklung unserer Klinik ist die standardisierte Patientenbefragung, deren Ergebnisse umfangreiche Bearbeitung und ableitende Maßnahmen ermöglichen. Verbesserungsvorschläge und Beschwerden werden von allen Mitarbeitenden ernst genommen.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Die Mosel-Eifel-Klinik verpflichtet sich zu höchster Qualität und besonderer Aufmerksamkeit für unsere Patienten. Die Überwachung und fortlaufende Verbesserung der Qualität ist bei uns ein kontinuierlicher Prozess. Wir arbeiten mit sehr hohen Standards: Unser Qualitätssystem wird regelmäßig bewertet und weiterentwickelt. Transparenz ist für uns grundlegend – daher veröffentlichen wir alle Qualitätsergebnisse, damit jeder Einblick in die Leistungsqualität unserer Pflege erhält. Die gemessenen Informationen aktualisieren wir kontinuierlich, sodass neue Analysen und Ergebnisse jederzeit verfügbar sind.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Die Mosel-Eifel-Klinik betreibt seit Anbeginn ein strukturiertes Beschwerdemanagement, das sich an den Qualitätsmanagementrichtlinien orientiert – von der Erfassung über die Einleitung von Maßnahmen bis hin zur Rückmeldung an den Beschwerdeführer.

Patientenbefragungen

Unsere Patientenbefragung erfolgt als Vollbefragung mittels eines standardisierten Fragebogens. Dadurch kann jeder Patient seine Zufriedenheit ausdrücken. Die Ergebnisse werden monatlich ausgewertet und dem Qualitätsmanagement vorgelegt, sodass auch unterjährig Zufriedenheitsänderungen erkannt und ggf. Maßnahmen eingeleitet werden können. Die Befragung ermöglicht eine kontinuierliche Anpassung an die Patientenwünsche und sorgt dafür, dass die Mosel-Eifel-Klinik auch künftig den Ansprüchen gerecht wird.

Einrichtungsinternes und –übergreifendes Fehlermeldesystem

Teilnahme an Fehlermeldesystemen ermöglicht es uns, wie beim Beschwerdemanagement und bei der strukturierten Patientenbefragung, Verbesserungspotenziale zu erkennen und uns kontinuierlich zu verbessern. Im Zentrum dieses Instruments stehen Patientensicherheit und die Vermeidung unerwünschter Ereignisse. Meldungen werden strukturiert erfasst, aufgearbeitet und archiviert.

Interne Kommunikation

Die Qualität unserer Leistungen hängt maßgeblich von einer konstruktiven Kommunikation zwischen allen Abteilungen der Mosel-Eifel-Klinik ab. Neben regelmäßigen Abteilungsbesprechungen finden regelmäßige Schulungen und Fortbildungen für alle Mitarbeitenden statt.

Fehler- und Risikomanagement und Komplikationsstatistiken

Seit 1989 betreiben wir eine prospektive Komplikationserhebung mit anschließenden Komplikationskonferenzen, in denen analysiert wird, wie es zu Komplikationen kam und welche Maßnahmen eine Wiederholung verhindern können. So führt die Mosel-Eifel-Klinik seit über 40 Jahren eine strukturierte Qualitätssicherung durch, um die klinikinterne Qualität anhand gemeldeter Komplikationen zu messen, zu diskutieren und geeignete Maßnahmen einzuleiten, damit eine permanente Qualitätsverbesserung gewährleistet ist.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Qualität in Behandlung, Pflege und Ambiente steht seit mehr als 40 Jahren im Mittelpunkt der Bemühungen der Mosel-Eifel-Klinik.

Durch interne Überprüfungen sichern wir Hygienestandards und Patientensicherheit – und prüfen alle wesentlichen Kern- sowie Unterstützungsprozesse.

Maßnahmen

Alle Prozesse und organisatorische Tätigkeiten unserer Projekte werden zentral über die Geschäftsführung in Abstimmung mit dem Qualitätsmanagementbeauftragten umgesetzt. Die Abläufe sind übersichtlich, transparent und nachvollziehbar dokumentiert; Verantwortlichkeiten sind klar definiert und jederzeit zugänglich. Mit der Einführung des digitalen QM-Systems wird eine übersichtliche, nachvollziehbare Dokumentenlenkung ermöglicht.

Evaluierung

Das Qualitätsmanagement entwickelt sich kontinuierlich weiter und zielt auf stetige Verbesserungen. Transparenz, Nachvollziehbarkeit und eine effiziente Informationsverteilung stehen dabei im Vordergrund. Wichtige Meilensteine sind jährliche Audits, regelmäßige Teamsitzungen aller Abteilungen und Hygienesitzungen. In diesen Besprechungen wird die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems bewertet, Potenziale werden identifiziert und genutzt.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Die Mosel-Eifel-Klinik setzt auf bewährte Exzellenz und Innovation, um das Wohl unserer Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt zu stellen. Basierend auf wertvollen Erfahrungen und einem tiefen Engagement für exzellentes Gesundheitsmanagement verfolgen wir weiterhin unsere individuellen Qualitätsprojekte, die kontinuierlich die Prozesse und Ergebnisse verbessern.

Die im Berichtsjahr unter Punkt D-5 dargestellten Qualitätsinitiativen sind Ausdruck des leidenschaftlichen Einsatzes unserer Klinikleitung und unseres engagierten Teams. Für uns ist es eine Herzensangelegenheit, die persönliche Zufriedenheit und das Wohlergehen unserer Patienten stets zu sichern und stetig zu steigern.

Unsere Aufgabe ist es, die internen Abläufe der Einrichtung konsequent zu koordinieren, die Kommunikation zwischen den Fachbereichen zu fördern und in abteilungsübergreifenden Qualitäts- und Sicherheitszirkeln aktiv mitzuwirken. Die Analyse der gesammelten Daten bildet die Grundlage für gezielte Schulungen, um unsere Expertise weiter zu vertiefen und uns kontinuierlich zu verbessern.

Mit innovativen, schonenden und ästhetisch anspruchsvollen Therapien sowie modernsten Operationsverfahren überzeugen wir nicht nur unsere Patientinnen und Patienten, sondern auch zuweisende Ärzte und Kostenträger im gesamten Bundesgebiet von den Vorteilen unserer spezialisierten Medizin.

Wir sind stolz auf die hohe Qualität und die Sicherheit, die wir mit größter Sorgfalt gewährleisten. Unser Qualitätsmanagement umfasst alle Maßnahmen zur Planung, Steuerung und stetigen Optimierung unserer Prozesse – stets mit dem Ziel, unsere Dienstleistung zu perfektionieren und die Zufriedenheit unserer Patientinnen und Patienten auf jedem Schritt zu steigern..

Glossar

Audit	Überprüfung
Evaluierung	Bewertung, Auswertung
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
QM	Qualitätsmanagement

QBK 2024



erstellt mit QBX 2024