



## Qualitätsbericht 2022

Strukturierter Qualitätsbericht  
gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V  
für das Berichtsjahr 2022

Erstellt am 31.12.2023



## Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung</b>	<b>4</b>
<b>A</b>	<b>Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts</b> .....7
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....7
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers.....8
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....8
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....8
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses.....9
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit .....9
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses ..... 10
A-9	Anzahl der Betten ..... 10
A-10	Gesamtfallzahlen ..... 10
A-11	Personal des Krankenhauses ..... 11
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung ..... 17
A-13	Besondere apparative Ausstattung ..... 29
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V ..... 29
<b>B</b>	<b>Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen</b> .....30
B-1	Chirurgie Belegabteilung..... 30
B-2	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde ..... 35
<b>C</b>	<b>Qualitätssicherung</b> .....44
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V..... 44
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate ..... 44
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung ..... 44



---

C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	56
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .....	56
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	56
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V ....	56
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V .....	56
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	56
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr .....	57
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) .....	57
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien .....	57
<b>D</b>	<b>Qualitätsmanagement .....</b>	<b>58</b>

Zur besseren Lesbarkeit wird in diesem Qualitätsbericht das generische Maskulinum verwendet. Die in dieser Ausarbeitung verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich auf alle Geschlechter gleichermaßen.



## Einleitung

### Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

<b>Funktion</b>	Medizincontrolling
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Barbara Röckert-Thoß
<b>Telefon</b>	03741/172-108
<b>Fax</b>	03741/172-110
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:barbara.roeckert-thoss@ediacon.de">barbara.roeckert-thoss@ediacon.de</a>

### Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

<b>Funktion</b>	Betriebsdirektor
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Andreas Lehr
<b>Telefon</b>	03741/172-100
<b>Fax</b>	03741/172-110
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:andreas.lehr@ediacon.de">andreas.lehr@ediacon.de</a>

### Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <http://www.bethanien-plauen.de>

Link zu weiterführenden Informationen: <http://www.ediacon.de>

Link	Beschreibung
<a href="http://www.ediacon.de">http://www.ediacon.de</a>	



Frankfurt am Main, im Dezember 2023

## Sehr geehrte Leser:innen,

die vielfältigen Informationen in einem Qualitätsbericht geben einen systematischen Überblick über die Leistungen eines Krankenhauses in Deutschland. All das soll Patient:innen und einweisende Ärzt:innen bei der Entscheidungsfindung helfen. Doch Zahlen und Fakten allein reichen nicht aus, um ein Krankenhaus zu beschreiben. Denn es bleibt ein Ort, an dem Menschen für Menschen da sind, ein existenziell bedeutender Ort der Hoffnung.

Jede Einrichtung ist geprägt von einer bestimmten Unternehmenskultur. Bei AGAPLESION steckt ein christliches Leitbild die Eckpfeiler ab. Wichtige Säulen sind eine hohe Zuwendungsqualität und ein ganzheitlicher Behandlungsansatz. Wir wollen uns den Menschen, die zu uns kommen, mit Kopf, Herz und Seele zuwenden. Dieser Qualitätsanspruch, den wir uns selbst stellen, ist christlich motiviert und in unserem Leitbild als Mission formuliert: „Wir behandeln und begleiten Menschen in allen Lebensphasen individuell und ganzheitlich. Mit unserer christlich geprägten Haltung fördern wir körperliches und seelisches Wohlergehen und bieten menschliche Zuwendung.“

Seit unserer Gründung vor gut 20 Jahren haben wir immer wieder unsere Freude an Veränderungen und Innovationen unter Beweis gestellt. Wir haben Erfahrung in der Zusammenlegung eigener Klinik-Standorte, um die Medizin und Pflege vor Ort zu stärken. Wir gehören zu den digitalen Vorreitern auf dem deutschen Gesundheitsmarkt und sorgen mit eigenen Servicegesellschaften dafür, dass unsere Einrichtungen die beste Qualität in den Bereichen Medizintechnik, Reinigung, Catering und Logistik erhalten.

Zusammen mit unseren über 20.000 Mitarbeiter:innen entwickeln wir uns stetig weiter, um an der Seite der Menschen zu bleiben, die auf uns und christlich-diakonische Einrichtungen vertrauen. Unsere Organisation haben wir immer weiter professionalisiert und uns erhebliches Know-how angeeignet. Qualität ist für uns nicht an politische Reformen gekoppelt. Für uns als christlicher Gesundheitskonzern ist sie eine intrinsische Motivation – eine Verpflichtung, die uns antreibt. All unser Tun ist auf das Wohl unserer Patient:innen ausgerichtet.

Daran halten wir auch in Zukunft fest, komme, was da wolle.

Mit freundlichen Grüßen aus Frankfurt am Main

Dr. Markus Horneber  
Vorstandsvorsitzender  
AGAPLESION gAG

Jörg Marx  
Stv. Vorstandsvorsitzender  
AGAPLESION gAG





Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

Das Krankenhaus Bethanien Plauen in der Trägerschaft der Bethanien Krankenhaus Chemnitz gemeinnützige GmbH ist ein Krankenhaus der Regelversorgung mit 50 Planbetten und versorgt Patienten mit Erkrankungen der Fachgebiete Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde sowie Kopf- und Halschirurgie und Allgemeine Chirurgie. Die Bethanien Krankenhaus Chemnitz gGmbH ist Teil der Agaplesion gemeinnützige AG. Die AGAPLESION gemeinnützige Aktiengesellschaft wurde 2002 in Frankfurt am Main von christlichen Unternehmen gegründet. Zu AGAPLESION gehören bundesweit mehr als 100 Einrichtungen, darunter 22 Krankenhausstandorte mit über 443 Betten, 39 Wohn- und Pflegeeinrichtungen mit über 3.500 Pflegeplätzen, 5 Hospize, 34 Medizinische Versorgungszentren, 7 Ambulante Pflegedienste und eine Fortbildungsakademie.

Die Geschichte des Krankenhauses Bethanien Plauen reicht zurück bis 1910, als vom Schwesternheim „Bethanien“ in Hamburg Diakonissen nach Plauen entsandt wurden. Sie betreuten Kranke und Alte der methodistischen Kirchgemeinde und legten damit den Grundstein für die spätere Krankenhausarbeit. Im Jahre 1947 wurde das Haus in der Dobenastraße gekauft. Das ursprünglich als Villa erbaute Gebäude wurde über die Jahre hinweg den sich verändernden Anforderungen eines Krankenhauses angepasst. 1997 wurde eine 30-Bettenstation in Containerbauweise errichtet. Die größte Baumaßnahme in der Geschichte des Hauses ist der 2012 in Betrieb genommene Bettenhausneubau, der als Ersatzbau alle bisher genutzten Räumlichkeiten zur Patientenunterbringung in sich vereint. Die Patientenzimmer des neuen Bettenhauses sind ausschließlich Ein- und Zweibettzimmer mit separaten Nasszellen. In dem Neubau wurden die Krankenhausküche sowie eine Cafeteria und ein Andachtsraum integriert. Ergänzt wurde die Neubaumaßnahme mit einem neuen Parkplatz mit 30 Stellplätzen. Weiterhin wurde 2017 mit Fördermitteln des Freistaates Sachsen ein neuer OP errichtet.

Jährlich werden in der HNO-Abteilung ca. 2.400 Patienten stationär und ca. 1.800 Patienten ambulant behandelt. Das Leistungsspektrum reicht über den gesamten Bereich der HNO-Fachrichtung. Beispielhaft sollen hier genannt werden:

Operationen am inneren und äußeren Kehlkopf vom Kehledeckel bis unterhalb der Stimmbänder, von organerhaltender Abtragung über Teileingriffe am Kehlkopf bis zur Kehlkopfentfernung mit Einsatz von Stimmprothesen (Provox), mikroskopische Eingriffe am Mittelohr (z.B. Trommelfellschnitt, Paukenröhrchen, Verschluss von Defekten, hörverbessernde Operationen, sanierende Ohroperationen bei chronischen Entzündungen und Tumoren), sowie weitere Eingriffe an Nase, Mund -/Rachenbereich und Hals. Für die Operationen stehen modernste chirurgische, lasertechnische und Radiofrequenztherapie-Verfahren zur Verfügung.

In der gut ausgestatteten Funktionsabteilung wird die umfangreiche Diagnostik des HNO-Fachgebietes durchgeführt.

In den Spezialsprechstunden der Klinik für HNO können sich Patienten nach Überweisung durch einen ambulant tätigen HNO-Arzt vorstellen. Patienten mit bösartigen Erkrankungen werden regelmäßig in unserer Tumorsprechstunde betreut.

Zusätzlich stehen für die ambulante Patientenversorgung seit November 2013 eine MVZ-Praxis der Fachrichtung HNO am Standort sowie 2 weitere HNO-Praxen in der Umgebung zur Verfügung, die eng mit dem Krankenhaus kooperieren, um eine bestmögliche Patientenversorgung zu gewährleisten.

Die Chirurgische Klinik ist eine Belegabteilung. Niedergelassene Chirurgen aus zwei Arztpraxen versorgen die Patienten dieser Klinik. Jährlich werden ca. 1.600 Patienten stationär und ambulant behandelt.

Bei der Erbringung unserer Leistungen sind wir ständig bestrebt, die Qualität unserer Arbeit zu hinterfragen und zu verbessern. Um diese Bemühungen auch für unsere Patienten und Kostenträger transparent zu gestalten, wurde das Krankenhaus Bethanien Plauen im Jahr 2005 nach KTQ® zertifiziert. Damit wurde der Grundstein für ein umfassendes Qualitätsmanagement gelegt, welches in den Folgejahren kontinuierlich weiterentwickelt wurde.

Die Geschäftsführung hat im Verlauf dieser Entwicklung den Beschluss gefasst, das Qualitätsmanagementsystem auf DIN EN ISO umzustellen. Infolgedessen wurde das Krankenhaus Bethanien Plauen erstmalig in 2009 nach der Norm DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert.

Dabei wurde und wird besonderer Wert auf das Selbstverständnis und die inhaltliche Zielsetzung unserer Einrichtung gelegt. Diese Schwerpunktsetzung findet sich unter anderem auch im Leitbild der AGAPLESION gemeinnützige GmbH.

Unsere Dienstgemeinschaft besteht, diesem Leitbild entsprechend, aus Christinnen und Christen sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ohne persönliche Beziehung zum christlichen Glauben, die sich gleichermaßen in Anerkennung unserer diakonischen Zielsetzung gemeinsam im Dienst für Menschen engagieren.

Plauen, den 31.12.2022

Andreas Lehr

Betriebsdirektor Krankenhaus Bethanien Plauen



## A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

### Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2022:

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA seit März 2020 die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA-Beschluss vom 27. März 2020 bzw. 21. April 2022). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2022 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte können sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2022 widerspiegeln. 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 2022 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus	
Krankenhausname	Krankenhaus Bethanien Plauen
Hausanschrift	Dobenastraße 130 08523 Plauen
Zentrales Telefon	03741/172-100
Fax	03741/172-110
Zentrale E-Mail	<a href="mailto:info@bethanien-plauen.de">info@bethanien-plauen.de</a>
Postanschrift	Dobenastraße 130 08523 Plauen
Institutionskennzeichen	261401369
Standortnummer aus dem Standortregister	772797000
Standortnummer (alt)	00
URL	<a href="http://www.bethanien-plauen.de">http://www.bethanien-plauen.de</a>

### Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Basel Al Kadah
Telefon	03741/172-200
Fax	3741/172-220
E-Mail	<a href="mailto:basel.alkadah@ediacon.de">basel.alkadah@ediacon.de</a>



### Pflegedienstleitung

#### Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin

Funktion	Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name	Frau Monika Kästner
Telefon	03741/172-256
Fax	03741/172-110
E-Mail	<a href="mailto:monika.kaestner@ediacon.de">monika.kaestner@ediacon.de</a>

### Verwaltungsleitung

#### Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin

Funktion	Betriebsdirektor
Titel, Vorname, Name	Andreas Lehr
Telefon	03741/172-100
Fax	03741/172-110
E-Mail	<a href="mailto:andreas.lehr@ediacon.de">andreas.lehr@ediacon.de</a>

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

#### Krankenhausträger

Name	Bethanien Krankenhaus Chemnitz gemeinnützige GmbH
Art	Freigemeinnützig

## A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Trifft nicht zu.

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP55	Audiometrie/Hördiagnostik
MP14	Diät- und Ernährungsberatung
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
MP25	Massage
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
MP37	Schmerztherapie/-management
MP63	Sozialdienst
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
MP51	Wundmanagement
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie





#### Nr. Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot

MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen

## A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Link
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)	
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)	
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen	
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	
NM42	Seelsorge	
NM02	Ein-Bett-Zimmer	
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
NM10	Zwei-Bett-Zimmer	
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
NM05	Mutter-Kind-Zimmer	

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

#### Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

<b>Funktion</b>	Pflegedirektorin
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Pflegedirektorin Monika Kästner
<b>Telefon</b>	03741/172-256
<b>Fax</b>	03741/172-110
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:monika.kaestner@ediacon.de">monika.kaestner@ediacon.de</a>

### A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit
BF02	Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
BF21	Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße



#### **Nr. Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit**

BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäreinrichtungen
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
BF24	Diätische Angebote
BF32	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung

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

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

Trifft nicht zu.

### **A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen**

#### **Nr. Ausbildung in anderen Heilberufen**

HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger
HB07	Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA)
HB21	Altenpflegerin, Altenpfleger

## **A-9 Anzahl der Betten**

#### **Betten**

Betten	50
--------	----

## **A-10 Gesamtfallzahlen**

#### **Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle**

Vollstationäre Fallzahl	2451
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	275
Fallzahl stationsäquivalente psychiatrische Behandlung	0



## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 39,5 Stunden.

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 13,89

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	13,89	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	13,89	
Nicht Direkt	0	

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 9,84

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,84	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,84	
Nicht Direkt	0	

#### Davon Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind, in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 3,36

Personal aufgeteilt nach:



Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,36	Bereich: Anästhesie
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,36	Bereich: Anästhesie
Nicht Direkt	0	

**Davon Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind, in Vollkräften**

**Anzahl Vollkräfte:** 3,36

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,36	Bereich: Anästhesie
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,36	Bereich: Anästhesie
Nicht Direkt	0	

**Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres**

**Anzahl:** 7

## A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39,5 Stunden.

**Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 28,45



**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	28,45	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	28,45	
Nicht Direkt	0	

**Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

**Anzahl Vollkräfte:** 12

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12	Bereiche: Anästhesie, OP
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12	Bereiche: Anästhesie, OP
Nicht Direkt	0	

**Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern und Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 2,28

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,28	
Ambulant	0	



Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,28	
Nicht Direkt	0	

#### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 1 Jahr

**Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 0,83

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,83	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,83	
Nicht Direkt	0	

**Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

**Anzahl Vollkräfte:** 0,83

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,83	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,83	
Nicht Direkt	0	

#### Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal insgesamt**





**Anzahl Vollkräfte:** 1,65

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,65	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,65	
Nicht Direkt	0	

**Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

**Anzahl Vollkräfte:** 1,65

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,65	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,65	
Nicht Direkt	0	

**Medizinische Fachangestellte in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 0,78

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,78	
Ambulant	0	



Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,78	
Nicht Direkt	0	

### A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

### A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

#### SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 0,63

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,63	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,63	
Nicht Direkt	0	

#### SP14 - Logopädin und Logopäde/Klinische Linguistin und Klinischer Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker

Anzahl Vollkräfte: 0,89

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,89	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,89	
Nicht Direkt	0	



#### SP04 - Diätassistentin und Diätassistent

Anzahl Vollkräfte: 0,76

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,76	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,76	
Nicht Direkt	0	

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	
Funktion	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Miriam Haubold
Telefon	03741/172-158
Fax	03741/172-110
E-Mail	<a href="mailto:miriam.haubold@ediacon.de">miriam.haubold@ediacon.de</a>

#### A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium	
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Ärztliche Direktion, Pflegedirektion, Betriebsdirektion, QM
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

### A-12.2 Klinisches Risikomanagement

#### A-12.2.1 Verantwortliche Person

Angaben zur Person	
Angaben zur Person	Eigenständige Position für Risikomanagement



## Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement

<b>Funktion</b>	Chefarzt
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Prof. Dr. med. Basel Al Kadah
<b>Telefon</b>	03741/172-201
<b>Fax</b>	03741/172-218
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:basel.alkadah@ediacon.de">basel.alkadah@ediacon.de</a>

## A-12.2.2 Lenkungs-gremium

### Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe

<b>Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe</b>	Ja - Wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement
<b>Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche</b>	Ärztliche Direktion, Pflegedirektion, Betriebsdirektion, QM
<b>Tagungsfrequenz des Gremiums</b>	quartalsweise

## 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: AMD Risikomanagementhandbuch Datum: 01.01.2020
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Name: Reanimationsrichtlinien Datum: 16.03.2021
RM05	Schmerzmanagement	Name: VA Schmerzmanagement Datum: 18.08.2021
RM06	Sturzprophylaxe	Name: Verfahrens-anweisung Sturzmanagement Datum: 06.05.2019
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Name: KBP VA Dekubitus Datum: 01.02.2022
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Name: AMD Risikomanagementhandbuch Datum: 01.01.2020
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Name: AGA AMTech Handbuch Medizintechnik Datum: 27.07.2021
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	- Qualitätszirkel - Tumorkonferenzen
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust	Name: OP-Statut, Rahmenplanung Datum: 16.04.2021
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: AMD Risikomanagementhandbuch Datum: 01.01.2020



Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Name: AGA Vermeidung von Eingriffs- und Seitenverwechslungen Datum: 15.07.2022
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Name: Standards für Aufwachraum, Entlassungskriterien Aufwachraum Datum: 01.03.2021
RM18	Entlassungsmanagement	Name: KBP VA Entlass Management Datum: 04.11.2020

### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem	
Internes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich
Verbesserung Patientensicherheit	Einsatz von Patient:innenidentifikationsarmbändern, um Verwechslungen zu vermeiden; Frühwarnsystem Critical Incident Reporting System (CIRS) zur Schadensvermeidung; Einsatz von Sicherheitschecklisten im OP; Umsetzung des AGA Hygieneplans; Screening-Vorgaben für Patient:innen mit multiresistenten Erregern; Teilnahme an der "Aktion Saubere Hände" mit Zertifikat Bronze

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	23.05.2022
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich

### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Übergreifendes Fehlermeldesystem	
Übergreifendes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	bei Bedarf



Nr.	Instrument und Maßnahme	Kommentar
EF00	Es wurde ein konzernweites Fehlermeldesystem installiert.	
EF00	Sonstiges	cirs medical

## A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

### A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygienikern	1	Dem Krankenhaus Bethanien Plauen steht ein:e externe:r Krankenhaushygieniker:in beratend zur Seite.
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	1	Im Krankenhaus Bethanien Plauen ist ein:e hygienebeauftragte:r Ärzt:in tätig.
Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	1	Eine staatlich anerkannte Hygienefachkraft ist im Krankenhaus Bethanien Plauen tätig.
Hygienebeauftragte in der Pflege	3	In jedem Pflege- bzw. Funktionsbereich ist eine hygienebeauftragte Pflegekraft tätig.

### Hygienekommission

Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich

### Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission

Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Basel Al Kadah
Telefon	03741/172-201
Fax	03741/172-218
E-Mail	<a href="mailto:basel.alkadah@ediacon.de">basel.alkadah@ediacon.de</a>





### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

#### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt.

##### 1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage

Der Standard liegt vor Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

a) Hygienische Händedesinfektion Ja

b) Adäquate Hautdesinfektion der Kathetereinstichstelle Ja

c) Beachtung der Einwirkzeit Ja

d) Weitere Hygienemaßnahmen

- sterile Handschuhe Ja

- steriler Kittel Ja

- Kopfhaube Ja

- Mund-Nasen-Schutz Ja

- steriles Abdecktuch Ja

Standard durch  
Geschäftsführung/Hygienekom.  
autorisiert Ja

##### 2. Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern

Der Standard liegt vor Ja

Standard durch  
Geschäftsführung/Hygienekom.  
autorisiert Ja

#### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

##### Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie

Die Leitlinie liegt vor Ja

Leitlinie an akt. hauseigene Resistenzlage  
angepasst Ja

Leitlinie durch  
Geschäftsführung/Arzneimittel-  
/Hygienekom. autorisiert Ja



## Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe

Der Standard liegt vor Ja

### 1. Der Standard thematisiert insbesondere

a) Indikationsstellung zur Antibiotikaprofylaxe Ja

b) Zu verwendende Antibiotika Ja

c) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprofylaxe Ja

2. Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert Ja

3. Antibiotikaprofylaxe bei operierten Patienten strukturiert überprüft Ja

## A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

### Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel

Der Standard liegt vor Ja

#### Der interne Standard thematisiert insbesondere

a) Hygienische Händedesinfektion Ja

b) Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen Ja

c) Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden Ja

d) Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage Ja

e) Meldung/Dokumentation bei Verdacht auf postoper. Wundinfektion Ja

Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert Ja

## A-12.3.2.4 Händedesinfektion

### Händedesinfektionsmittelverbrauch

#### Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen

- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben Ja

- Händedesinfektionsmittelverbrauch 52,96 ml/Patiententag

#### Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen

- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben Keine Intensivstation vorhanden

Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs Ja



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

### MRSA

Standardisierte Information (MRSA) erfolgt z. B. durch Flyer MRSA-Netzwerke Ja

Informationsmanagement für MRSA liegt vor Ja

### Risikoadaptiertes Aufnahmescreening

Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen) Ja

### Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang

Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren Ja

## A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		Die Mitarbeiter:innen werden regelmäßig zu hygienebezogenen Themen geschult. Die Teilnahme an diesen Schulungen ist für alle Mitarbeiter:innen verpflichtend.
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name: Teilnahme an regionalen und anderen Veranstaltungen	Teilnahme durch Hygienefachkraft und hygienebeauftragten Arzt
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	HAND-KISS	
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Zertifikat Bronze	jährliche Teilnahme an der "Aktion Saubere Hände"



#### A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja	Beschwerden und Anregungen/Ideen von Patient:innen und Mitarbeiter:innen werden systematisch bearbeitet. Lösungsorientiertes Handeln und konsequente Einbeziehung der Mitarbeiter:innen stehen bei der Beschwerdebearbeitung im Mittelpunkt. Ziel ist es, Unzufriedenheit zu erkennen, Ursachen gemeinsam mit den Beteiligten zu analysieren, Maßnahmen zu erarbeiten und zu kommunizieren.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja	Das Beschwerdemanagement ist durch eine Verfahrensweisung geregelt.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja	Der Umgang mit mündlichen Beschwerden ist geregelt.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja	Der Umgang mit schriftlichen Beschwerden ist geregelt.
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	Ja	Der:die Beschwerdeführer:in erhält innerhalb eines verbindlich festgelegten Zeitraums eine Rückmeldung.

#### Regelmäßige Einweiserbefragungen

Durchgeführt Ja

Link

**Kommentar** Alle drei Jahre führen wir eine Zufriedenheitsbefragung unserer niedergelassenen Ärzt:innen durch. Die Ergebnisse werden dem Krankenhausdirektorium vorgestellt und daraus Maßnahmen abgeleitet.

#### Regelmäßige Patientenbefragungen

Durchgeführt Ja

Link

**Kommentar** Befragungen sind ein wichtiger Indikator für die Zufriedenheit unserer Patient:innen sowohl mit der Behandlung als auch mit den Gegebenheiten in unserem Krankenhaus. Wir führen kontinuierliche Patient:innenbefragungen mittels Fragebogen durch und werten diese monatlich aus.

#### Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

Möglich Ja

Link

**Kommentar** Beschwerden können anonym abgegeben werden.



## Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

### Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Funktion	Betriebsdirektor
Titel, Vorname, Name	Andreas Lehr
Telefon	03741/172-100
Fax	03741/172-110
E-Mail	<a href="mailto:andreas.lehr@ediacon.de">andreas.lehr@ediacon.de</a>

### Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements

Link zum Bericht

Kommentar

## 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

#### Zentrales Gremium / Arbeitsgruppe

Zentrales Gremium oder zentrale Arbeitsgruppe vorhanden, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht?	Ja - Arzneimittelkommission
--	-----------------------------

### A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit einer konkreten Person übertragen: Ja

#### Angaben zur Person

Angaben zur Person	Es gibt eine eigenständige Position für das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit
--------------------	--

#### Verantwortliche Person AMTS

Funktion	Ärztlicher Direktor / Chefarzt HNO
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Basel Al Kadah
Telefon	03741/172-201
Fax	03741/172-218
E-Mail	<a href="mailto:basel.alkadah@ediacon.de">basel.alkadah@ediacon.de</a>



## A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Pharmazeutisches Personal	Anzahl (Personen)
Apothekerinnen und Apotheker	0
Weiteres pharmazeutisches Personal	0

### Erläuterungen

Zusammenarbeit mit Apotheke Helios Plauen

## 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, 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 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
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	- Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung - Zubereitung durch pharmazeutisches Personal - Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	- Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen - Aushändigung des Medikationsplans - bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten
AS06	SOP zur guten Verordnungspraxis	Name: VA Medikamentenmanagement Letzte Aktualisierung: 21.07.2020
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	- Fallbesprechungen - Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung - Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)
AS03	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese	
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen	
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)	
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittellabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Name: VA Medikamentenmanagement Letzte Aktualisierung: 21.07.2020
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)	

## A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß § 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 u. a. Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.



## Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

Ja

Kommentar

Unser Träger hat im August 2021 die Richtlinie Schutzkonzept für Kinder, Jugendliche und vulnerable Patientengruppen für alle Krankenhäuser in Kraft gesetzt. Für relevante Bereiche in unserem KH wurde eine Gefährdungsanalyse durchgeführt und daraus vorbeugende Maßnahmen abgeleitet. Ein E-Learning ist für die Mitarbeiter:innen in diesen Bereichen verpflichtend zu absolvieren. Ein Meldesystem ist intern etabliert und Kontaktadressen für externe Beratungsstellen sind verfügbar.

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

Gemäß § 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 § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.

## Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen

Werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt?

Ja

Liegt ein auf Basis einer Gefährdungsanalyse erstelltes Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen vor, das mindestens die Elemente Prävention, Interventionsplan und Aufarbeitung gemäß Teil B Abschnitt I § 1 Satz 9 QM-RL umfasst?

Ja

Kommentar

Das Schutzkonzept enthält eine Gefährdungsanalyse, die in allen relevanten Bereichen, wo Kinder und Jugendliche behandelt werden, durchgeführt wurde. Maßnahmen zur Vorbeugung von Missbrauch und Gewalt sind definiert. Vorkommnisse werden gemeldet und strukturiert aufgearbeitet.

Nr.	Schutzkonzept	Letzte Überprüfung
SK10	Handlungsempfehlungen zum Umgang/ zur Aufarbeitung aufgetretener Fälle	26.08.2021
SK08	Interventionsplan Verbindliches Verfahren zum Vorgehen in Kinderschutzfällen und insbesondere beim Verdacht auf (sexuelle) Gewalt	26.08.2021
SK01	Informationsgewinnung zur Thematik	
SK03	Aufklärung	
SK04	Verhaltenskodex mit Regeln zum achtsamen Umgang mit Kindern und Jugendlichen	26.08.2021
SK06	Spezielle Vorgaben zur Personalauswahl	



## A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	Ja

## 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 Abschläge vor.

### A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

#### Stufe der Notfallversorgung des Krankenhauses

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

### A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

#### Tatbestand, der dazu führt, dass das Krankenhaus gemäß den Vorgaben in § 26 der Regelung zu den Notfallstrukturen die Voraussetzungen des Moduls Spezialversorgung erfüllt

Krankenhäuser, die aufgrund krankenhauserplanerischer Festlegung als Spezialversorger ausgewiesen sind, oder Krankenhäuser ohne Sicherstellungszuschlag, die nach Feststellung der Landeskrankenhausplanungsbehörde für die Gewährleistung der Notfallversorgung zwingend erforderlich sind und 24 Stunden an 7 Tagen pro Woche an der Notfallversorgung teilnehmen

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

Verfügt das Krankenhaus über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde? Nein

Ist die Notfallambulanz des Krankenhauses gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden? Nein



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

### **B-1 Chirurgie Belegabteilung**

#### **B-1.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung**

##### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Chirurgie Belegabteilung
Fachabteilungsschlüssel	1500
Art	Belegabteilung

##### Ärztliche Leitung

##### Belegärztin oder Belegarzt

Funktion	Belegarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Hans-Peter Thureau
Telefon	03741/172-250
Fax	03741/172-110
E-Mail	<a href="mailto:station-chirurgie@bethanien-plauen.de">station-chirurgie@bethanien-plauen.de</a>
Straße/Nr	Dobenastraße 130
PLZ/Ort	08523 Plauen
Homepage	<a href="http://www.bethanien-plauen.de">http://www.bethanien-plauen.de</a>

#### **B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten**

##### Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen
----------------------------	--------------------------------

#### **B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung**

##### Nr. Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
VC62	Portimplantation
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
VI40	Schmerztherapie
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
VO15	Fußchirurgie
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
VC66	Arthroskopische Operationen



Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
VO19	Schulterchirurgie
VC63	Amputationschirurgie
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
VO16	Handchirurgie
VD20	Wundheilungsstörungen
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
VO17	Rheumachirurgie
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie

## B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	546
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	K40	167	Leistenbruch (Hernie)
2	M20	69	Nicht angeborene Verformungen von Fingern bzw. Zehen
3	M72	46	Gutartige Geschwulstbildung des Bindegewebes
4	M75	23	Schulterverletzung
5	E04	19	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse
6	K80	19	Gallensteinleiden
7	K43	18	Bauchwandbruch (Hernie)
8	K64	17	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose
9	K62	16	Sonstige Krankheit des Mastdarms bzw. des Afters
10	I83	14	Krampfadern der Beine
11	M23	13	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes
12	M65	12	Entzündung der Gelenkinnenhaut bzw. der Sehnenscheiden
13	M77	12	Sonstige Sehnenansatzentzündung
14	L05	11	Eitrige Entzündung in der Gesäßfalte durch eingewachsene Haare - Pilonidalsinus
15	G56	8	Funktionsstörung eines Nervs am Arm bzw. an der Hand



### B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-788	338	Operation an den Fußknochen
2	5-932	179	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung
3	5-530	169	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)
4	5-786	87	Operative Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten
5	5-854	80	Wiederherstellende Operation an Sehnen
6	5-842	48	Operation an den Bindegewebshüllen der Muskeln und Sehnen an Hand bzw. Fingern
7	5-845	43	Operative Entfernung der Gelenkinnenhaut an der Hand
8	5-808	29	Operative Gelenkversteifung
9	5-787	26	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden
10	5-805	26	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks
11	5-814	26	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks durch eine Spiegelung
12	5-810	23	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung
13	5-812	23	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung
14	5-069	19	Sonstige Operation an Schilddrüse bzw. Nebenschilddrüsen
15	5-511	19	Operative Entfernung der Gallenblase

### B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

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

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-845	57	Operative Entfernung der Gelenkinnenhaut an der Hand
2	5-840	18	Operation an den Sehnen der Hand
3	5-056	17	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion
4	5-385	< 4	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein
5	5-786	< 4	Operative Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten
6	5-787	< 4	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden
7	5-788	< 4	Operation an den Fußknochen



Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
8	5-795	< 4	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs an kleinen Knochen
9	5-800	< 4	Offener operativer Eingriff an einem Gelenk
10	5-808	< 4	Operative Gelenkversteifung

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

### Zulassung vorhanden

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden Ja

Stationäre BG-Zulassung vorhanden Nein

## B-1.11 Personelle Ausstattung

### B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

#### Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 7

Anzahl stationäre Fälle je Person: 78

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunkt Kompetenzen)
AQ07	Gefäßchirurgie
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie
AQ06	Allgemeinchirurgie

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie
ZF29	Orthopädische Rheumatologie
ZF34	Proktologie
ZF12	Handchirurgie



### **B-1.11.2** *Pflegepersonal*

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39,5 Stunden.

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 5,32

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,32	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,32	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 102,63158

#### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse**

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege

#### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation**

### **B-1.11.3** *Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik*

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein





## B-2 Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

### B-2.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

#### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
Fachabteilungsschlüssel	2600
Art	Hauptabteilung

#### Ärztliche Leitung

##### Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Basel Al Kadah
Telefon	03741/172-200
Fax	03741/172-220
E-Mail	<a href="mailto:basel.alkadah@ediacon.de">basel.alkadah@ediacon.de</a>
Straße/Nr	Dobenastraße 130
PLZ/Ort	08523 Plauen
Homepage	<a href="http://www.bethanien-plauen.de">http://www.bethanien-plauen.de</a>

### B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

#### Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja
----------------------------	----

### B-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

#### Nr. Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

VH25	Schnarchoperationen
VH02	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
VH24	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
VH01	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
VH14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
VH16	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
VH23	Spezialsprechstunde
VH09	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
VH26	Laserchirurgie
VH20	Interdisziplinäre Tumornachsorge
VH17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
VH18	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich



Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
VH22	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
VH15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
VH10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
VH04	Mittelohrchirurgie
VH06	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
VH21	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
VH07	Schwindeldiagnostik/-therapie
VH12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege
VH19	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
VH08	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
VH03	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
VH13	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien
VC21	Endokrine Chirurgie

## B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1905
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	J35	310	Anhaltende (chronische) Krankheit der Gaumen- bzw. Rachenmandeln
2	J32	147	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung
3	J34	127	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen
4	Z08	124	Nachuntersuchung nach Behandlung einer Krebskrankheit
5	R04	109	Blutung aus den Atemwegen
6	H81	98	Störung des Gleichgewichtsorgans
7	J36	66	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in Umgebung der Mandeln
8	J38	65	Krankheit der Stimmlippen bzw. des Kehlkopfes
9	H91	57	Sonstiger Hörverlust
10	K11	50	Krankheit der Speicheldrüsen
11	C32	36	Kehlkopfkrebs
12	D11	33	Gutartiger Tumor der großen Speicheldrüsen
13	J03	32	Akute Mandelentzündung
14	H65	26	Nichteitrige Mittelohrentzündung
15	J04	21	Akute Kehlkopfentzündung bzw. Luftröhrentzündung



### B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-242	518	Messung des Hörvermögens - Audiometrie
2	1-630	344	Untersuchung der Speiseröhre durch eine Spiegelung
3	1-620	331	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung
4	5-215	317	Operation an der unteren Nasenmuschel
5	5-285	249	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)
6	5-200	212	Operativer Einschnitt in das Trommelfell
7	5-281	203	Operative Entfernung der Gaumenmandeln (ohne Entfernung der Rachenmandel) - Tonsillektomie ohne Adenotomie
8	5-214	160	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand
9	5-224	140	Operation an mehreren Nasennebenhöhlen
10	9-984	131	Pflegebedürftigkeit
11	8-500	116	Behandlung einer Nasenblutung durch Einbringen von Verbandstoffen (Tamponade)
12	5-210	110	Operative Behandlung bei Nasenbluten
13	5-988	93	Operation unter Anwendung eines Navigationssystems, das während der Operation aktuelle 3D-Bilder des Operationsgebietes anzeigt
14	8-506	92	Wechsel bzw. Entfernung von eingebrachten Verbandstoffen (Tamponaden) bei Blutungen
15	5-300	79	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Kehlkopfes

### B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Notfallambulanz	
Ambulanzart	Notfallambulanz (24h) (AM08)
Angeborene Leistung	Schwindeldiagnostik/-therapie (VH07)
Angeborene Leistung	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege (VH09)



## MVZ

<b>Ambulanzart</b>	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V (AM10)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Allergien (VI22)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen (VH15)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen (VH10)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea (VH17)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege (VH12)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes (VH16)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege (VH08)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle (VH14)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres (VH01)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres (VH03)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes (VH02)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen (VH24)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren (VH19)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich (VH18)
<b>Angebotene Leistung</b>	Mittelohrchirurgie (VH04)
<b>Angebotene Leistung</b>	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres (VH06)
<b>Angebotene Leistung</b>	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie (VH13)
<b>Angebotene Leistung</b>	Schwindeldiagnostik/-therapie (VH07)
<b>Angebotene Leistung</b>	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege (VH09)
<b>Angebotene Leistung</b>	Spezialsprechstunde (VH23)



## Chefarztambulanz

<b>Ambulanzart</b>	Privatambulanz (AM07)
<b>Angeborene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Allergien (VI22)
<b>Angeborene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen (VH15)
<b>Angeborene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen (VH10)
<b>Angeborene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea (VH17)
<b>Angeborene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege (VH12)
<b>Angeborene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes (VH16)
<b>Angeborene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege (VH08)
<b>Angeborene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle (VH14)
<b>Angeborene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres (VH01)
<b>Angeborene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres (VH03)
<b>Angeborene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes (VH02)
<b>Angeborene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen (VH24)
<b>Angeborene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren (VH19)
<b>Angeborene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich (VH18)
<b>Angeborene Leistung</b>	Interdisziplinäre Tumornachsorge (VH20)
<b>Angeborene Leistung</b>	Mittelohrchirurgie (VH04)
<b>Angeborene Leistung</b>	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres (VH06)
<b>Angeborene Leistung</b>	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie (VH13)
<b>Angeborene Leistung</b>	Schwindeldiagnostik/-therapie (VH07)
<b>Angeborene Leistung</b>	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege (VH09)

## B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-200	28	Operativer Einschnitt in das Trommelfell
2	8-171	7	Behandlung durch Spülung (Lavage) des Ohres
3	1-208	5	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)
4	1-610	< 4	Untersuchung des Kehlkopfes durch eine Spiegelung
5	1-612	< 4	Untersuchung der Nase durch eine Spiegelung
6	1-620	< 4	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung
7	1-630	< 4	Untersuchung der Speiseröhre durch eine Spiegelung
8	5-181	< 4	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres
9	5-184	< 4	Operative Korrektur abstehender Ohren
10	5-188	< 4	Sonstige wiederherstellende Operation am äußeren Ohr
11	5-201	< 4	Entfernung eines Paukenröhrchens aus der Ohrtrompete
12	5-205	< 4	Sonstige operative Entfernung an Mittel- bzw. Innenohr



Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
13	5-210	< 4	Operative Behandlung bei Nasenbluten
14	5-211	< 4	Operativer Einschnitt in die Nase
15	5-212	< 4	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Nase

## B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

### Zulassung vorhanden

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden Ja

Stationäre BG-Zulassung vorhanden Ja

## B-2.11 Personelle Ausstattung

### B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 39,5 Stunden.

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 10,53

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,53	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,53	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 180,91168

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 6,48

Personal aufgeteilt nach:



Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,48	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,48	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 293,98148

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ18	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF33	Plastische Operationen
ZF30	Palliativmedizin

### B-2.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39,5 Stunden.

### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 11,13

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11,13	
Ambulant	0	



Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,13	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 171,15903

**Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,28

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,28	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,28	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 835,52632

**Medizinische Fachangestellte in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,78

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,78	
Ambulant	0	





Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,78	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2442,30769

#### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse**

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege

#### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation**

#### ***B-2.11.3      Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik***

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein



## C Qualitätssicherung

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

#### C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Dokumentierte Datensätze	Kommentar
Dekubitusprophylaxe (DEK)	4	100,00 %	4	
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	< 4	< 4	< 4	

#### C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

##### C-1.2.[1] Ergebnisse der Qualitätssicherung für das Krankenhaus

**C-1.2.[1] A** *Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen*

**C-1.2.[1] A.1** *Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch das Stellungnahmeverfahren bedürfen oder für die eine Bewertung des Stellungnahmeverfahrens bereits vorliegt*

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
<b>Ergebnis-ID</b>	2005
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	98,98 - 99,06%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (ohne COVID-19-Fälle)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
<b>Ergebnis-ID</b>	232000_2005



<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	98,84 - 98,94%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)

<b>Ergebnis-ID</b>	2006
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	99,02 - 99,09%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	

<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

<b>Ergebnis-ID</b>	232001_2006
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	



Vertrauensbereich (bundesweit)	98,88 - 98,98%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)
<b>Ergebnis-ID</b>	2007
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	97,91 - 98,41%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	

<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
<b>Ergebnis-ID</b>	232002_2007
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	97,54 - 98,24%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	



<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
<b>Ergebnis-ID</b>	2009
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	92,95 - 93,21%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme (inkl. COVID-19-Fälle)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)
<b>Ergebnis-ID</b>	232003_2009
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	92,52 - 92,78%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	
<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Frühmobilisation nach Aufnahme</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin / der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen
<b>Ergebnis-ID</b>	2013
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-



<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,65 - 92,93%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N01
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin /der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232004_2013
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,97 - 93,31%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt wird, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist
Ergebnis-ID	2028
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,84 - 96,02%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)</b>



<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt wird, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
<b>Ergebnis-ID</b>	232005_2028
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	95,28 - 95,51%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungsnahmeverfahrens</b>	

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren
<b>Ergebnis-ID</b>	2036
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	98,64 - 98,75%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungsnahmeverfahrens</b>	

<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
<b>Ergebnis-ID</b>	232006_2036
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-



<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	98,59 - 98,72%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
<b>Ergebnis-ID</b>	50722
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	96,64 - 96,77%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10

<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
<b>Ergebnis-ID</b>	232009_50722
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	96,49 - 96,66%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	





Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	50778
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,91 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,96 - 0,99
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N01
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	232007_50778
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,81 - 0,83
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 6,87
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde
Ergebnis-ID	232010_50778
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	



Vertrauensbereich (bundesweit)	0,65 - 0,67
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 6,87
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
<b>Ergebnis-ID</b>	231900
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	16,67 - 17,01%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt)
<b>Ergebnis-ID</b>	232008_231900
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	18,14 - 18,43%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	



Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	52009
Grundgesamtheit	2114
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	2,11
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,68 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,17 - 1,19
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 1,82
Bewertung des Stellungsnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) und einher mit einem Absterben von Muskeln, Knochen oder den stützenden Strukturen. (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)
Ergebnis-ID	52010
Grundgesamtheit	2114
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 - 0,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,18%
Bewertung des Stellungsnahmeverfahrens	R10



Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)
Ergebnis-ID	52326
Grundgesamtheit	2114
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,36 - 0,37%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,18%
Bewertung des Stellungsnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben
Ergebnis-ID	521800
Grundgesamtheit	2114
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 - 0,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,18%
Bewertung des Stellungsnahmeverfahrens	



Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)
Ergebnis-ID	521801
Grundgesamtheit	2114
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,06 - 0,07%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,18%
Bewertung des Stellungsnahmeverfahrens	

**C-1.2.[1] A.II** *Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Stellungsnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeignet sind*

Legende - Bewertung durch das Stellungsnahmeverfahren	
A43	= unzureichend
A71	= Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel
A72	= Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
A99	= Sonstiges (im Kommentar erläutert)
D80	= Unvollständige oder falsche Dokumentation
D81	= Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
D99	= Sonstiges (im Kommentar erläutert)
H99	= Sonstiges (im Kommentar erläutert)
N01	= Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
N02	= Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
N99	= Sonstiges (im Kommentar erläutert)
R10	= Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungsnahmeverfahren erforderlich
S92	= Stellungsnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden
S99	= Sonstiges (im Kommentar erläutert)
U34	= ausreichend
U61	= Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)
U62	= Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
U63	= Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
U99	= Sonstiges (im Kommentar erläutert)



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

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

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

Trifft nicht zu.

## **C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung**

Trifft nicht zu.

## **C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V**

### **C-5.1 Umsetzung der Mm-R im Berichtsjahr**

### **C-5.2 Angaben zum Prognosejahr**

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

Trifft nicht zu.

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

<b>Nr.</b>	<b>Fortbildungsverpflichteter Personenkreis</b>	<b>Anzahl (Personen)</b>
1	Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	12
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	4
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	4



## C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

### C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände
Allgemeine Chirurgie	Station 02	Tagschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie	Station 02	Nachtschicht	100,00%	0

### C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad
Allgemeine Chirurgie	Station 02	Tagschicht	92,84%
Allgemeine Chirurgie	Station 02	Nachtschicht	99,45%

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

Trifft nicht zu.

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL). Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt. Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung. Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist. Für das Berichtsjahr 2022 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

## 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.

### Arzneimittel für neuartige Therapien

Werden am Krankenhausstandort Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet?

Nein



## D Qualitätsmanagement

Die meisten Menschen wünschen sich gesund zu bleiben, wieder gesund zu werden oder Linderung zu erfahren bei nicht heilbaren Beschwerden. Ein Aufenthalt im Krankenhaus ist dafür manchmal unumgänglich.

In allen Einrichtungen des Gesundheitswesens sind die Anforderungen an die Versorgungs- und Ergebnisqualität bereits sehr hoch. Hygiene und Patient:innensicherheit haben in den vergangenen zehn Jahren ein außerordentliches Niveau erreicht. Das Durchschnittsalter stationärer Patient:innen ist deutlich gestiegen und Untersuchungs- und Behandlungsmethoden werden komplexer. Herausforderungen wie die Zunahme von antibiotikaresistenten Keimen, Pandemien und deren Folgen, wie zum Beispiel Personal- und Lieferkettenengpässe sowie Kriege in Europa stellen das Gesundheitswesen vor große Herausforderungen.

Bei AGAPLESION ist der Anspruch an Qualität Teil der vorausschauenden Unternehmensplanung. Wir verbinden die zahlreichen Instrumente des Qualitäts-, Prozess- und Risikomanagements sowie der Qualitätssicherung mit dem Ziel, die definierte Qualität zu erreichen und dies messbar zu machen. Grundlage der Qualitätspolitik von AGAPLESION ist u. a. die Norm DIN EN ISO 9001 ff, die die Anforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem beschreibt. Wir verstehen Qualitätsmanagement als ganzheitlichen und integrativen Managementansatz, der uns unterstützt darin, die an uns gestellten Erwartungen zu erfüllen, uns kontinuierlich zu verbessern und regelmäßig Risiken und Chancen für unsere Unternehmen zu bewerten.

Dafür ist es wichtig, dass alle Mitarbeiter:innen Zugang zu den geltenden Vorgaben des AGAPLESION Konzerns und der jeweiligen Einrichtung in einem digitalen Qualitätsmanagementhandbuch haben. Für alle AGAPLESION Einrichtungen gelten definierte Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozesse (AGAPLESION Prozesslandkarte). Diese befördern das prozessorientierte Denken und ermöglichen die eindeutige Zuordnung von Dokumenten des Konzerns und der jeweiligen Einrichtung.

Die AGAPLESION Organisation fördert den intensiven regelhaften, oder wenn erforderlich, den schnellen, themenbezogenen Austausch der Mitarbeiter:innen in verschiedenen Gremien (z. B. Expertenboards, Netzwerkteams, Managementkonferenzen, Projektgruppen etc.). Die Experten entwickeln zum Beispiel gemeinsam Qualitätsstandards oder Pflege- und Behandlungspfade und tauschen die besten Ideen zu deren Umsetzung aus. Bei neuen gesetzlichen Vorgaben erstellen wir, wo möglich, gemeinsam Konzernvorgaben, um Ressourcen zu bündeln und Synergien zu nutzen. Damit tragen wir aktiv zur Weiterentwicklung der AGAPLESION Qualitätspolitik und konkret zur Weiterentwicklung der Pflege- und Behandlungsqualität bei.

Aus dem Blickwinkel unserer Patient:innen reflektieren wir regelhaft unsere Prozesse. Dafür nutzen wir bekannte Instrumente des Qualitätsmanagements. Wir analysieren Prozessdaten und nutzen die Erkenntnisse zur Optimierung. Viele Prozesse sind bereits digitalisiert, mit Prozessanalysen decken wir weitere Potentiale auf und managen die Maßnahmen bis zu ihrer erfolgreichen Umsetzung. Die Fördermittel des Krankenhausstrukturfonds ermöglichen bis 2025 eine deutliche Verbesserung der digitalen Infrastruktur zum Wohle und für die Sicherheit unserer Patient:innen.

Unser Leitbild und das EinsA-Qualitätsversprechen sind das Fundament unserer täglichen Arbeit. Die folgenden Instrumente kommen dabei zum Einsatz:





## Audits

Audits sind geplante, gezielte und unabhängige Bewertungen, in welchem Maße interne oder externe Qualitätsanforderungen erfüllt sind. Der Erfüllungsgrad und ggf. Abweichungen werden von sog. Auditoren bewertet und dokumentiert.

Bei geplanten Begehungen und Gesprächen, den sogenannten internen Audits, ermitteln wir, ob das Qualitätsmanagement-System die gesetzlich festgelegten, unsere eigenen sowie die Anforderungen der Qualitätsmanagementnorm DIN EN ISO 9001:2015 erfüllt. Von der Aufnahme bis zur Entlassung und ggf. Überleitung der Patient:innen analysieren wir die sog. *Kernprozesse* und überprüfen diese auf deren wirksame Umsetzung. Für die Pflege und Behandlung unserer Patient:innen müssen jedoch auch die notwendigen Voraussetzungen geschaffen sein. Diese beinhalten zum Beispiel die Bereitstellung von erforderlichen Ressourcen und die Unterstützung durch interne Dienstleister (z. B. qualifiziertes Personal, Informationstechnologie, Material-, Speisen- oder Wäscheversorgung). Diese sogenannten *Führungs- und Unterstützungsprozesse* werden ebenfalls regelmäßig in Audits überprüft.

Im Auditbericht sind Empfehlungen zu verbessernden Maßnahmen dargelegt. Hinweise auf drohende oder bestehende Qualitätseinbußen werden benannt. Die Qualitätsmanagementbeauftragten sorgen zusammen mit den Führungskräften des Krankenhauses dafür, dass die festgelegten Vorbeugemaßnahmen zur Risikovermeidung oder -minimierung innerhalb angemessener Fristen von den Verantwortlichen umgesetzt werden. Die Erkenntnisse aus Audits fließen in die einmal jährlich durchgeführte Bewertung des Qualitätsmanagementsystems ein und zeigen auf, ob die angewendeten Instrumente und Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung beitragen.

Auch ausgewählte Lieferanten und Dienstleister werden anhand von festgelegten Kriterien regelmäßig beurteilt. In gemeinsamen Gesprächen werden die Ergebnisse der Bewertung sowie mögliche Verbesserungsmaßnahmen besprochen.



## Risikomanagement

Risiken können in allen Arbeitsbereichen entstehen oder bereits vorhanden sein. Risiken zu identifizieren und zu beherrschen ist das zentrale Anliegen des Risikomanagements. Das Risikomanagement in unserer Einrichtung hat zum Ziel, Risiken frühzeitig zu erkennen, zu bewerten, zu vermindern oder wenn möglich, zu beseitigen. Deshalb führen wir strukturiert Informationen aus Risikointerviews, aus Meldungen zu kritischen Ereignissen, Begehungen und Audits zusammen. Diese werden analysiert und es werden entsprechende Vorbeugemaßnahmen konsentiert.

Ergänzend dazu können Mitarbeiter:innen seit vielen Jahren in einem anonymen Meldesystem auf Risiken, die sie in ihrem Alltag erleben, aufmerksam machen. Dieses Frühwarnsystem zur systematischen Identifizierung von Risiken ist das Critical Incident Reporting System (CIRS). In diesem Meldesystem werden kritische Ereignisse durch die Mitarbeiter:innen erfasst, bevor sie zu schadhaften Folgen führen. Die anonymen Meldungen der Mitarbeiter:innen werden durch ein Team aufgearbeitet, welches entsprechend des Inhalts der Meldung aus verschiedenen Berufsgruppen besteht. Unter der Leitung des:r Risikomanagementbeauftragten des Hauses werden die gemeldeten Situationen einer gründlichen Analyse unterzogen. Als Ergebnis werden Lösungsstrategien und Maßnahmen entwickelt, wie das entdeckte Risiko minimiert, vermieden oder in anderer Weise beherrscht werden kann. Abschließend werden die Veränderungen z. B. bei Prozessschritten oder Verantwortlichkeiten, an die betroffenen Mitarbeiter:innen vermittelt und die Umsetzung in die Praxis initiiert und überprüft.

Das anonyme Meldesystem CIRS trägt dazu bei, Mitarbeiter:innen für Risiken zu sensibilisieren und diese rechtzeitig aufzudecken. Der offene Umgang mit dem Thema der möglichen Fehler hat bereits spürbar zu einer Sicherheitskultur im Unternehmen geführt. Unser Ziel ist, uns weiterzuentwickeln und noch achtsamer im Umgang mit Fehlern und Beinahe-Schäden zu sein.

Die Einhaltung der Patientensicherheit ist eine Grundvoraussetzung bei allen Prozessschritten. Wir setzen in unserem Haus in allen relevanten Bereichen Standards und Maßnahmen um, die dazu dienen, die Identifikation der Patient:innen im Rahmen des ambulanten und stationären Behandlungsverlaufes sicherzustellen. Das Risiko von Verwechslungen und Fehlern sowie deren Folgen wollen wir mit der korrekten Anwendung der Standards ausschließen. Umgesetzte Maßnahmen im Bereich Patientensicherheit sind zum Beispiel:

- Teilnahme am AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT
- Einführung eines Patient:innenarmbandes im stationären Bereich, teilweise im ambulanten Bereich
- Standardisierung von Spritzenetiketten mit einer eindeutigen Kennzeichnung
- Einführung von Sicherheitschecklisten, zum Beispiel im OP, zur Vermeidung von Verwechslungen und Behandlungsfehlern
- 4-Augen-Prinzip beim Stellen von Medikamenten
- Hygienekonzeption und –standards
- CIRS



## Systemaudits statt Zertifizierungen

Unser Krankenhaus verfügt bereits seit über 15 Jahren über ein strukturiertes Qualitätsmanagementsystem. Mit etablierten Instrumenten halten wir dieses aufrecht und überprüfen regelmäßig die Angemessenheit und Wirksamkeit der Maßnahmen. Dies erfolgt für das Gesamthaus nicht mehr wie bisher durch externe Begehungen von Zertifizierungsgesellschaften. AGAPLESION hat als Deutschlandweit tätiger Gesundheitskonzern einen Zentralen Dienst Prozess- und Qualitätsmanagement mit Experten, die diese Begehungen nun regelmäßig durchführen.

Eine DAkkS (Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH) akkreditierte ISO-Auditorin führt zusammen mit dafür qualifizierten Kolleg:innen ein sog. Systemaudit durch, bei dem sowohl im Vorfeld, als auch vor Ort, die Strukturen und Prozesse nach dem Standard der DIN EN ISO 9001:2015 geprüft werden. Die Ergebnisse werden in einem Auditbericht dargelegt und der Geschäftsführung und dem:der Qualitätsmanagementbeauftragten zur weiteren Bearbeitung zur Verfügung gestellt.

## Meinungsmanagement

Das Meinungsmanagement stellt einen wichtigen Baustein zur Qualitätsverbesserung dar. Sämtliche Meinungsäußerungen, zu denen Lob, Anregungen und Beschwerden gehören, werden systematisch erfasst und bearbeitet. Alle Interessengruppen können in schriftlicher oder mündlicher Form ihre Meinung abgeben. Es ist unser Anspruch, insbesondere bei Beschwerden direkt zusammen mit dem:r Meinungsgeber:in eine Lösung zu finden oder eine Erklärung zu vermitteln. Grundsätzlich sind alle Mitarbeiter:innen Ansprechpartner, um eine Rückmeldung aufzunehmen. Jede Meinung zählt für uns, ganz gleich ob Lob, Anregung oder Beschwerde. Die eingegangenen Meinungen werden von unseren Meinungsmanager:innen bearbeitet und an die jeweils zuständigen Abteilungen weitergeleitet. Wir nutzen die kritischen Rückmeldungen aktiv als Chance zur Qualitätsverbesserung.



Die gewonnenen Meinungen zu Abläufen, Organisationsstrukturen und Mitarbeiter:innenverhalten fließen in die Bewertungen des Qualitäts- und Risikomanagements ein, und dienen uns als wichtige Hinweise bei der Neustrukturierung von Abläufen und der Anpassung unseres Angebots.

## Ideen- und Innovationsmanagement

Unsere Mitarbeiter:innen sind der Schlüssel zum Erfolg und Wissensträger:innen vieler innovativer Ideen. Mit dem Ideenmanagement können alle Mitarbeiter:innen ihre guten Ideen und konkreten Vorschläge unkompliziert in der sog. Ideenbörse im Intranet einreichen. Aus diesen Anregungen lassen sich oft konkrete Maßnahmen ableiten und umsetzen. Innovative Ideen werden innerhalb von Projekten zur Umsetzung geführt.

Die Innovationsfähigkeit unserer Einrichtung zeichnet uns als modernen Gesundheitsdienstleister und attraktiven Arbeitgeber aus.



---

## Befragungen

Im Mittelpunkt unserer täglichen Arbeit stehen die Erwartungen und Bedürfnisse unserer Patient:innen und ihrer Angehörigen, unserer Mitarbeiter:innen, aber auch unserer Kooperationspartner:innen und einweisenden Ärzt:innen. Deshalb führen wir regelmäßige Befragungen zur Zufriedenheit mit den Leistungsangeboten und den Abläufen durch, z. B.:

- Aufnahme, Diagnose, Behandlung und Entlassung
- Zusammenarbeit zwischen den einweisenden Ärzten und dem Krankenhaus
- Speisenversorgung
- Ärztliches Personal, Pflegepersonal, Therapeutisches Personal

Anhand der gewonnenen Ergebnisse lassen sich Stärken und Schwächen unserer Einrichtung ermitteln und konkrete Verbesserungsmaßnahmen ableiten.



## Projektmanagement

Strukturierte Projektarbeit ist ein wichtiger Baustein des Qualitätsmanagements. Das Projektmanagement unserer Einrichtung unterstützt insbesondere die Bearbeitung komplexer Projekte, in die verschiedenen Verantwortungsbereiche eingebunden sind, und die bereichs- und berufsgruppenübergreifende Themen betreffen. Unter der Berücksichtigung des AGAPLESION Leitbildes erfolgt eine Werteorientierte Projektauswahl, Planung und Umsetzung.

Auch Erfahrungen aus den Projekten und die Frage: „Was können wir oder andere aus diesem Projekt lernen für weitere Projekte?“ helfen dabei, uns stetig weiterzuentwickeln und zu verbessern. In unserer Einrichtung sind bereits viele Projekte erfolgreich abgeschlossen. Dazu zählen in 2022 unter anderem die Prozess- und Digitalisierungsprojekte:

### Qualitätssicherung bei der Aufbereitung von Medizinprodukten

Die Qualität bei der Aufbereitung von Medizinprodukten trägt maßgeblich zur Patient:innensicherheit von Krankenhäusern bei. Mit Unterstützung des Freistaates Sachsen in Form einer Einzelförderung des Projektes konnte die Realisierung im Jahr 2022 erfolgen. In einer 6-monatigen Bauphase wurden die Räumlichkeiten komplett umgebaut und die zur Aufbereitung erforderliche technische Ausstattung vollständig erneuert. Die Umsetzung dieser Maßnahme ist ein wesentlicher Schritt zur weiteren Verbesserung der Qualitätssicherung bei der Aufbereitung der Medizinprodukte des Krankenhauses Bethanien Plauen. Gleichzeitig haben sich mit Umsetzung der Maßnahme auch für die im betreffenden Bereich tätigen Mitarbeitenden deutliche Verbesserungen der Arbeitsbedingungen umsetzen lassen.

### Einführung e-mobility

Die Veränderungen hinsichtlich des politischen und gesellschaftlichen Wandels im Bereich Mobilität haben wir zum Anlass genommen, auch am Krankenhausstandort Plauen die Voraussetzungen zur Nutzung alternativer bzw. konkret elektrischer Antriebskonzepte zu schaffen. So wurde zur Nutzung sowohl seitens der Mitarbeiterschaft wie perspektivisch auch durch Patient:innen eine erste e-Ladesäule installiert. Dies soll in den nächsten Jahren durch weitere Ladesäulen ergänzt werden, um entsprechende Möglichkeiten in ausreichendem Umfang zur Verfügung stellen zu können und damit unseren Beitrag zu leisten, die Etablierung neuer Antriebsformen durch logistische Strukturen zu ermöglichen.

### Erneuerung Klima- bzw. Kältetechnik

Die schwindende Verfügbarkeit von Ressourcen sowie die erforderliche Eindämmung des Klimawandels sind Themen, über die wir uns auch als Einrichtung Gedanken machen. Im Rahmen des Förderprogramms „Anpassung sozialer Einrichtungen an den Klimawandel“ wurde ein Konzept erstellt, wie und mit welchen Maßnahmen wir für unsere Patient:innen und Mitarbeiter:innen zukünftig Bedingungen schaffen, die im Kontext eines Krankenhausaufenthaltes Genesen und Arbeiten möglich machen. In 2022 wurde im Rahmen der Maßnahmen zur Energieeinsparung die Überprüfung unserer Kälteanlagen vorgenommen, die es zum einen auch zukünftig bei weiter steigenden Temperaturen ermöglichen, in den OP-Bereichen erträgliche Temperaturen zu gewährleisten, und zum