



Krankenhaus **Bethanien** Plauen
Im Verbund von AGAPLESION

Qualitätsbericht 2019

Strukturierter Qualitätsbericht
gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V
für das Berichtsjahr 2019

Erstellt am 31.12.2020





Inhaltsverzeichnis

	Einleitung	5
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	9
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	9
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	10
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus.....	10
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie.....	10
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	10
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	11
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	11
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses.....	11
A-9	Anzahl der Betten	12
A-10	Gesamtfallzahlen	12
A-11	Personal des Krankenhauses.....	12
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	16
A-13	Besondere apparative Ausstattung.....	27
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V.....	27
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen.....	29
B-1	Chirurgie Belegabteilung.....	29
B-2	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	34
C	Qualitätssicherung.....	42
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	42
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate.....	42



C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....	47
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V.....	48
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	48
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	48
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.....	48
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	48
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	48
D	Qualitätsmanagement.....	49
D-1	Audits	50
D-2	Risikomanagement.....	50
D-3	Zertifizierungen.....	51
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	51
D-5	Ideen- und Innovationsmanagement.....	51
D-6	Befragungen.....	51
D-7	Projektorganisation	52



Zur besseren Lesbarkeit wurde bei Personenbezeichnungen und Positionsbeschreibungen zum Teil lediglich die jeweils männliche Schreibweise gewählt. Die Bezeichnungen sind neutral gemeint und schließen stets alle Geschlechter ein.



Einleitung



Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion	Medizincontrolling
Titel, Vorname, Name	Barbara Röckert-Thoß
Telefon	03741/172-108
Fax	03741/172-110
E-Mail	barbara.roeckert-thoss@ediacon.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Funktion	Betriebsdirektor
Titel, Vorname, Name	Andreas Lehr
Telefon	03741/172-100
Fax	03741/172-110
E-Mail	andreas.lehr@ediacon.de

Weiterführende Links

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

Link zu weiterführenden Informationen:

Link	Beschreibung
http://www.ediacon.de	



Frankfurt am Main, im Dezember 2020

Sehr geehrte Damen und Herren,

Qualitätsberichte bilden die „Qualität“ und „Leistungsfähigkeit“ eines Krankenhauses ab. Bezogen auf das deutsche Gesundheitswesen bewegen diese Begrifflichkeiten in der Corona-Pandemie wohl jeden Bürger. Die Sorge um überlastete und überfüllte Intensivstationen, zu wenig Fachpersonal und die Triagierung von Behandlungsfällen sind Szenarien, mit denen wir uns hierzulande bislang nicht auseinandersetzen mussten. Jetzt ist das anders, jetzt hat SARS-CoV-2 unser Leben völlig verändert. Die sonst eher abstrakten Themen „Qualität“ und „Leistungsfähigkeit“ haben jetzt eine ganz konkrete und persönliche Bedeutung.

Im Krankenhaus muss auf kurzfristige gesetzliche Vorgaben reagiert, der Betriebsablauf angepasst und der Personaleinsatz neu organisiert werden. Planbare Operationen wurden zwischenzeitlich möglichst verschoben, Kapazitäten auf den Intensivstationen hochgefahren, Isolierstationen eröffnet und Hygienekonzepte Corona-konform überarbeitet. All das erfordert ein schnelles (bei der Auswertung gesetzlicher Vorgaben), professionelles (bei der Umsetzung der Maßnahmen) und verlässliches (gleichbleibend hoher Qualitätsstandard) Handeln.

Unsere Verbundstruktur – zur AGAPLESION gAG gehören deutschlandweit mehr als 100 Einrichtungen – haben wir von Anfang an als eine große Stärke begriffen. Das konzernweite Expertenwissen wird strukturiert geteilt und garantiert auch weiterhin eine einheitlich hohe Behandlungs- und Versorgungsqualität. Gerade in der Corona-Pandemie hat sich dieses Miteinander bewährt. Bestimmte Aufgaben wurden zentral übernommen. So hat bspw. der Einkauf für alle Einrichtungen Schutzmaterial gekauft und verteilt, das Hygieneinstitut konzernweite Corona-Standards erarbeitet und Fachexperten sichten und bereiten die ständig neuen Gesetzesvorgaben und Forschungsergebnisse auf.

Unser Dank gilt allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die sich in der Pandemie um unsere Patientinnen und Patienten kümmern. Sie sind es, die die AGAPLESION gAG zu einem leistungsfähigen, christlichen Gesundheitskonzern mit hohen Qualitätsstandards im Bereich Krankenhaus und Wohnen & Pflegen machen.

Mit freundlichen Grüßen aus Frankfurt am Main

Dr. Markus Horneber
Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG

Jörg Marx
Vorstand
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 gAG.

Die AGAPLESION gemeinnützige Aktiengesellschaft wurde 2002 in Frankfurt am Main von christlichen Unternehmen gegründet. Zu AGAPLESION gehören bundesweit mehr als 100 Einrichtungen, darunter 23 Krankenhausstandorte mit über 6.250 Betten, 40 Wohn- und Pflegeeinrichtungen mit über 3.500 Pflegeplätzen, vier Hospize, 34 Medizinische Versorgungszentren, 16 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-Betten-Station 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 ein neuer OP errichtet.

Jährlich werden in der HNO-Abteilung ca. 2.000 Patienten stationär und ca. 1.800 Patienten ambulant behandelt. Das Leistungsspektrum reicht über den gesamten Bereich der HNO-Fachrichtung. Beispielfhaft sollen hier genannt werden: Operationen am inneren und äußeren Kehlkopf vom Kehildeckel 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 zwei 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. 1.400 Patienten stationär und ambulant behandelt. So werden zum Beispiel Appendektomien (laparoskopisch und konventionell); Cholezystektomie (laparoskopisch) und Varizenchirurgie (mit Crossektomie) durchgeführt; präventive und rekonstruktive chirurgische Therapien rheumatischer Veränderungen im Bereich der oberen und unteren Extremitäten; chirurgische Therapie von Erkrankungen der Hand außerhalb des rheumatischen Formenkreises (Dupuytren'sche Kontraktur); Tendovaginitiden; Hernienchirurgie (konventionell und endoskopisch).



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 nach einer umfangreichen Einführungsphase, in deren Verlauf sowohl Projekte zur Verbesserung unserer Arbeitsabläufe als auch zur transparenten Darstellung dieser Abläufe initiiert und von unseren Mitarbeitenden umgesetzt wurden, 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. In Folge dessen wurde das Krankenhaus Bethanien Plauen erstmalig 2009 nach der Norm DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert und konnte sein kontinuierlich verbessertes Qualitätsmanagementsystem mit jährlichen Überwachungsaudits sowie Rezertifizierungen 2012, 2015, 2018 und 2019 erneut bestätigen lassen.

Dabei wurde und wird besonderer Wert auf das Selbstverständnis und die inhaltliche Zielsetzung unserer Einrichtung gelegt. Diese Schwerpunktsetzung schlug sich unter anderem auch in Projekten zur Erarbeitung eines Leitbildes als Bestandteil des Qualitätsmanagements nieder.

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 31.12.2020

Andreas Lehr
Betriebsdirektor
Bethanien Krankenhaus Plauen



A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

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
Postanschrift	Dobenastraße 130 08523 Plauen
Institutionskennzeichen	261401369
Standortnummer	00
URL	http://www.bethanien-plauen.de

Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin

Funktion	Chefarzt bis 31.03.2019
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Karl-Heinrich Ahrens
Telefon	03741/172-200
Fax	03741/172-220
E-Mail	karl-heinrich.ahrens@ediacon.de

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin

Funktion	Chefarzt ab 01.04.2019
Titel, Vorname, Name	PD Dr. Basel Al Kadah
Telefon	03741/172-200
Fax	3741/172-220
E-Mail	basel.alkadah@ediacon.de

Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin

Funktion	Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name	Monika Kästner
Telefon	03741/172-256
Fax	03741/172-110
E-Mail	monika.kaestner@ediacon.de



Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin

Funktion	Betriebsdirektor
Titel, Vorname, Name	Andreas Lehr
Telefon	03741/172-100
Fax	03741/172-110
E-Mail	andreas.lehr@ediacon.de

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-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

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



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	

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen	
Funktion	Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name	Monika Kästner
Telefon	03741/172-256
Fax	03741/172-110
E-Mail	monika.kaestner@ediacon.de

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
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen

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)

A-9 Anzahl der Betten

Betten	
Betten	50

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	3003
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 12,02

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,02	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,02	
Nicht Direkt	0	

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 8,57



Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,57	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,57	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 3,8

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,8	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,8	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 2,88

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,88	
Ambulant	0	



Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,88	
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 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 19,17

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	19,17	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	19,17	
Nicht Direkt	0	

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte: 0



Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

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: 1,22



Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,22	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,22	
Nicht Direkt	0	

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Anzahl Vollkräfte: 0,2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,2	
Nicht Direkt	0	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person des einrichtungswinteren Qualitätsmanagements	
Funktion	Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Dipl. Pfl egewirt Nadine Lenk
Telefon	03741/172158-
Fax	03741/172158-
E-Mail	nadine.lenk@ediacon.de



A-12.1.2 *Lenkungsgremium*

Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Verwaltung, 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

Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Basel Al Kadah
Telefon	03741/172201-
Fax	03741/172218-
E-Mail	basel.alkadah@ediacon.de

A-12.2.2 *Lenkungsgremium*

Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe

Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe	Ja - Wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Verwaltung, QM
Tagungsfrequenz des Gremiums	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: QM- und Risikomanagementhandbuch Datum: 12.10.2020
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Name: Notfallmanagement und Reanimationsrichtlinien Datum: 02.03.2020
RM05	Schmerzmanagement	Name: Schmerzschema Datum: 20.01.2020
RM06	Sturzprophylaxe	Name: Verfahrensanweisung Sturzmanagement Datum: 20.01.2020
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Name: Verfahrensanweisung Dekubitus Datum: 09.12.2019
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Name: QM- und Risikomanagementhandbuch Datum: 15.10.2018
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Name: Organisationshandbuch Medizintechnik Datum: 11.04.2018
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: 28.11.2019
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: QM- und Risikomanagementhandbuch Datum: 12.10.2020
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Name: Checkliste OP Datum: 07.02.2020
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Name: Standards für Aufwachraum, Entlassungskriterien Aufwachraum Datum: 02.03.2020
RM18	Entlassungsmanagement	Name: Verfahrensanweisung Entlassungsmanagement Datum: 01.06.2020



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 Patientenidentifikationsarmbänder um Verwechslungen zu vermeiden, Frühwarnsystem Critical Incident Reporting System (CIRS) zur Schadensvermeidung, Einsatz von Sicherheitschecklisten im OP, Umsetzung der Hygienerichtlinie edia.con, aktueller Hygieneplan zur Vermeidung von Infektionsgefahren, Screening-Vorgaben für Patienten 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	13.01.2020
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	halbjährlich

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Übergreifendes Fehlermeldesystem

Übergreifendes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich

Nr.	Instrument und Maßnahme
EF00	Es wurde ein konzernweites Fehlermeldesystem installiert.



A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygienikern	1	Den Krankenhaus Bethanien Plauen steht ein externer Krankenhaushygieniker beratend zur Seite.
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	1	Im Krankenhaus Bethanien Plauen ist ein hygienebeauftragter Arzt 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	4	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	Dr. med. Karl-Heinrich Ahrens
Telefon	03741/172201-
Fax	03741/172218-
E-Mail	karl-heinrich.ahrens@ediacon.de

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 Antibiotikaprophylaxe 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 Antibiotikaprophylaxe

Der Standard liegt vor Ja

1. Der Standard thematisiert insbesondere

a) Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe Ja

b) Zu verwendende Antibiotika Ja

c) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe Ja

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

3. Antibiotikaprophylaxe 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 Wundaufgabe 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 37,00 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 Mitarbeitenden werden regelmäßig zu hygienebezogenen Themen geschult. Die Teilnahme an diesen Schulungen ist für alle Mitarbeitenden 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 Patienten und Mitarbeitenden werden systematisch bearbeitet. Lösungsorientiertes Handeln und konsequente Einbeziehung der Mitarbeitenden 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 Beschwerdeführer erhält innerhalb eines verbindlich festgelegten Zeitraums eine Rückmeldung.
Regelmäßige Einweiserbefragungen		
Durchgeführt	Ja	
Link		
Kommentar		Alle drei Jahre führen wir eine Zufriedenheitsbefragung unserer niedergelassenen Ärzte 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 Patienten sowohl mit der Behandlung als auch mit den Gegebenheiten in unserem Krankenhaus. Wir führen kontinuierliche Patientenbefragungen mittels Fragebogen durch und werten diese monatlich aus.
Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden		
Möglich	Ja	
Link		
Kommentar		Beschwerden können anonym eingegeben werden.



Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Funktion	Betriebsdirektor
Titel, Vorname, Name	Andreas Lehr
Telefon	03741/172100-
E-Mail	andreas.lehr@ediacon.de

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	Dr. med. Basel Al Kadah
Telefon	03741/172201-
Fax	03741/172218-
E-Mail	basel.alkadah@ediacon.de



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, ggf. unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden:

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

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

- Medikationsprozess im Krankenhaus

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

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

- Entlassung

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



Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
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 – Arzneimittelabgabe –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-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 Abschlüsse vor.



Teilnahme des Krankenhauses am gestuften System der Notfallversorgung gemäß den Regelungen zu den Notfallstrukturen: Ja

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	station-chirurgie@bethanien-plauen.de
Straße/Nr	Dobenastraße 130
PLZ/Ort	08523 Plauen
Homepage	http://www.bethanien-plauen.de

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
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

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	712
Teilstationäre Fallzahl	0



B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	K40	182	Leistenbruch (Hernie)
2	M20	77	Nicht angeborene Verformungen von Fingern bzw. Zehen
3	M72	66	Gutartige Geschwulstbildung des Bindegewebes
4	M75	37	Schulterverletzung
5	E04	32	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse
6	K80	31	Gallensteinleiden
7	I83	27	Krampfadem der Beine
8	M23	21	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes
9	K43	19	Bauchwandbruch (Hernie)
10	K42	18	Nabelbruch (Hernie)
11	K64	17	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose
12	G56	13	Funktionsstörung eines Nervs am Arm bzw. an der Hand
13	L05	11	Eitrige Entzündung in der Gesäßfalte durch eingewachsene Haare - Pilonidalsinus
14	K60	10	Einriss der Schleimhaut (Fissur) bzw. Bildung eines röhrenartigen Ganges (Fistel) im Bereich des Anus oder Mastdarms
15	S82	10	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-788	302	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes
2	5-932	189	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung
3	5-530	182	Verschluss einer Hernia inguinalis
4	5-786	71	Osteosyntheseverfahren
5	5-854	71	Rekonstruktion von Sehnen
6	5-842	65	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger
7	5-812	53	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken
8	5-805	42	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes
9	5-845	36	Synovialektomie an der Hand
10	5-069	35	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen
11	5-787	32	Entfernung von Osteosynthesematerial
12	5-511	31	Cholezystektomie
13	5-810	30	Arthroskopische Gelenkoperation
14	5-385	29	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen
15	5-061	26	Hemithyreoidektomie

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.



B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

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: 101,71429

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr. Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)

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 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre



Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 5,68

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,68	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,68	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 125,35211

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 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	PD Dr. Basel Al Kadah
Telefon	03741/172-200
Fax	03741/172-220
E-Mail	basel.alkadah@ediacon.de
Straße/Nr	Dobenastraße 130
PLZ/Ort	08523 Plauen
Homepage	http://www.bethanien-plauen.de

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
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

B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	2291
Teilstationäre Fallzahl	0



B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	J35	369	Anhaltende (chronische) Krankheit der Gaumen- bzw. Rachenmandeln
2	H81	208	Störung des Gleichgewichtsorgans
3	J32	182	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung
4	J34	158	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen
5	Z08	129	Nachuntersuchung nach Behandlung einer Krebskrankheit
6	R04	115	Blutung aus den Atemwegen
7	J36	98	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in Umgebung der Mandeln
8	J38	71	Krankheit der Stimmlippen bzw. des Kehlkopfes
9	J03	64	Akute Mandelentzündung
10	H91	52	Sonstiger Hörverlust
11	J01	39	Akute Nasennebenhöhlenentzündung
12	K11	38	Krankheit der Speicheldrüsen
13	C32	37	Kehlkopfkrebs
14	D11	37	Gutartiger Tumor der großen Speicheldrüsen
15	H66	35	Eitrige bzw. andere Form der Mittelohrentzündung

B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-242	712	Audiometrie
2	5-215	356	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]
3	1-630	344	Diagnostische Ösophagoskopie
4	1-620	339	Diagnostische Tracheobronchoskopie
5	5-285	273	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)
6	5-200	229	Parazentese [Myringotomie]
7	5-281	202	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)
8	5-214	178	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums
9	5-224	167	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen
10	8-500	92	Tamponade einer Nasenblutung
11	8-506	86	Wechsel und Entfernung einer Tamponade bei Blutungen
12	5-210	84	Operative Behandlung einer Nasenblutung
13	5-988	81	Anwendung eines Navigationssystems
14	5-300	79	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx
15	9-984	78	Pflegebedürftigkeit



B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

MVZ

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

Notfallambulanz

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



Chefarztambulanz

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

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-200	97	Parazentese [Myringotomie]
2	5-285	90	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)
3	5-216	37	Reposition einer Nasenfraktur
4	5-194	14	Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]
5	5-212	7	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase
6	5-215	7	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]
7	5-273	6	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle
8	5-184	< 4	Plastische Korrektur abstehender Ohren
9	5-250	< 4	Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge
10	5-259	< 4	Andere Operationen an der Zunge
11	5-260	< 4	Inzision und Schlitzung einer Speicheldrüse und eines Speicheldrüsenausführungsganges
12	5-401	< 4	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße



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 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 8,22

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,22	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,22	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 278,71046

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,69



Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,69	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,69	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 402,6362

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 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 13,49



Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	13,49	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	13,49	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 169,8295

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 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	Kommentar
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Geburtshilfe (16/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung: Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (HEP_WE)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Karotis-Revaskularisation (10/2)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen (KEP_IMP)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesenwechsel und –komponentenwechsel (KEP_WE)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Mammachirurgie (18/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Neonatologie (NEO)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	5	100,0	



Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH) ¹	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Aortenklappenchirurgie, isoliert (HCH)	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Koronarchirurgie, isoliert (HCH)	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation (HCH_AORT_KATH_ENDO)	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation (HCH_AORT_KATH_TRAPI)	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen (HTXM)	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantation (HTXM_TX)	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen (HTXM_MKU)	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Leberlebendspende (LLS)	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lebertransplantation (LTX)	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nierenlebendspende (NLS)	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nierentransplantation (PNTX) ²	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation (PNTX)	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

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 den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

¹In den Leistungsbereichen isolierte Aortenklappenchirurgie, kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie und isolierte Koronarchirurgie wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.

²In den Leistungsbereichen Nierentransplantation und Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.



Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der 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	2616
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	2,72
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,13 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 - 1,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 1,41
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)
Ergebnis-ID	52010
Grundgesamtheit	2616
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,00 - 0,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,15%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10



Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen 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 zu einer Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut und/oder die Lederhaut betroffen ist, oder einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)
Ergebnis-ID	52326
Grundgesamtheit	2616
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,30 - 0,31%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,15%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen 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 bis zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)
Ergebnis-ID	521801
Grundgesamtheit	2616
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,05 - 0,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,15%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	



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

Legende - Bewertung durch den Strukturierten Dialog

A41	=	Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
A42	=	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
A43	=	Unzureichende Qualität bei einem planungsrelevanten Qualitätsindikator
A99	=	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
D50	=	Unvollständige oder falsche Dokumentation
D51	=	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
D99	=	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
H20	=	Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
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 Strukturierter Dialog erforderlich
S90	=	Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog
S91	=	Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen
S99	=	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
U31	=	Besondere klinische Situation
U32	=	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
U33	=	Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
U34	=	Ausnahmetatbestände erklären statistisch auffälliges Ergebnis bei einem planungsrelevanten Qualitätsindikator
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**

Trifft nicht zu.

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**

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen	11
1.1	Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 1.1.1]	8
1.1.1	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 1.1]	8

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

Trifft nicht zu.



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 Patientensicherheit haben in den vergangenen zehn Jahren ein außerordentliches Niveau erreicht. Das Durchschnittsalter stationärer Patienten ist deutlich gestiegen und Untersuchungs- und Behandlungsmethoden werden komplexer. Herausforderungen wie die Zunahme von antibiotikaresistenten Keimen und Pandemien, wie zum Beispiel Corona, stellen das Gesundheitswesen vor große Herausforderungen.

Bei AGAPLESION ist der Anspruch an Qualität Teil der vorausschauenden Unternehmensplanung. Wir verbinden die zahlreichen Instrumente des Qualitäts- und Risikomanagements und insbesondere der Qualitätssicherung, um die definierte Qualität messbar zu machen. Grundlage der Qualitätspolitik von AGAPLESION ist die Norm DIN EN ISO 9001 ff, die die Anforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem beschreibt. Wir verstehen Qualitätsmanagement als ganzheitlichen Managementansatz, der uns unterstützt darin, die an uns gestellten Erwartungen zu erfüllen und uns kontinuierlich zu verbessern.

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

Als Konzernverbund nutzen wir aktiv die Möglichkeit, Fachleute aus verschiedenen Einrichtungen zusammenzubringen. Die Experten entwickeln gemeinsam Qualitätsstandards und tauschen die besten Ideen zu deren Umsetzung aus. Die verschiedenen Gremien der sogenannten Integrativen Managementstruktur (Fachkonferenzen, Lenkungsgruppen, Projektgruppen etc.) tragen aktiv zur Weiterentwicklung der AGAPLESION Qualitätspolitik und konkret zur Weiterentwicklung der Pflege- und Behandlungsqualität bei.

Aus dem Blickwinkel unserer Patienten 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.

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





D-1 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 des Patienten analysieren wir die sog. Kernprozesse und überprüfen diese auf deren wirksame Umsetzung. Für die Pflege und Behandlung unserer Patienten 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. Informationstechnologie, Speisen- oder Wäscheversorgung). Auch diese sogenannten Führungs- und Unterstützungsprozesse werden regelmäßig in Audits überprüft.

In dem Auditbericht sind Empfehlungen zu verbessernden Maßnahmen dargelegt. Hinweise auf drohende oder bestehende Qualitätseinbußen werden klar benannt. Die Qualitätsmanagementbeauftragten sorgen zusammen mit den Führungskräften des Krankenhauses dafür, dass die festgelegten Maßnahmen zur Risikominimierung oder Verbesserung innerhalb festgelegter 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.

D-2 Risikomanagement

Alle Prozesse bergen auch das Risiko, dass die erforderlichen Prozessschritte nicht wie festgelegt ausgeführt werden. Diese 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 und zu vermindern bzw. zu beseitigen. Deshalb führen wir strukturiert Informationen aus Risikointerviews, Begehungen und Audits zusammen, analysieren diese und leiten entsprechende Vorbeugemaßnahmen ab.

Ergänzend dazu können Mitarbeitende 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 Mitarbeitenden erfasst, bevor sie zu schadhafte Folgen führen. Die anonymen Meldungen der Mitarbeitenden werden durch ein Team aufgearbeitet, welches entsprechend des Inhalts der Meldung aus verschiedenen Berufsgruppen besteht. Unter der Leitung des 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 Mitarbeitenden vermittelt und die Umsetzung in die Praxis initiiert und überprüft.

Das anonyme Meldesystem CIRS trägt dazu bei, Mitarbeitende 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 des Patienten 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 Patientenarmbandes 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
- Critical Incident Reporting System (CIRS)



D-3 Zertifizierungen

Begehungen durch unabhängige Experten, sogenannte Zertifizierungen, nutzen wir, um die Wirksamkeit unseres Qualitätsmanagement-Systems prüfen und weitere Verbesserungspotenziale aufzeigen zu lassen. Im Rahmen der Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015 ff kommen die Prozesse und Abläufe auf den Prüfstand. Zusätzlich unterzieht sich unser Haus auch in anderen Bereichen Prüfungen als Nachweis einer guten Qualität und der kontinuierlichen Weiterverbesserung.



Zertifiziert nach DIN EN ISO
9001 : 2015

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

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 Meinungsgeber eine Lösung zu finden oder eine Erklärung zu vermitteln. Grundsätzlich sind alle Mitarbeiter Ansprechpartner, um eine Rückmeldung aufzunehmen. Jede Meinung zählt für uns, ganz gleich ob Lob, Anregung oder Beschwerde. Die eingegangenen Meinungen werden von unseren Meinungsmanagern 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 Mitarbeiterverhalten 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.



D-5 Ideen- und Innovationsmanagement

Unsere Mitarbeiter sind der Schlüssel zum Erfolg und Wissensträger vieler innovativer Ideen. Mit dem Ideenmanagement können alle Mitarbeitenden 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.

D-6 Befragungen

Im Mittelpunkt unserer täglichen Arbeit stehen die Erwartungen und Bedürfnisse unserer Patienten und ihrer Angehörigen, unserer Mitarbeitenden, aber auch unserer Kooperationspartner und einweisenden Ärzte. 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.



D-7 Projektorganisation

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

Auch Erfahrungen aus den Projekten und die Frage: „Was können wir 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 2019 unter anderem die drei folgenden:

Qualitätssicherung bei der Aufbereitung von Medizinprodukten

Die Qualität bei der Aufbereitung von Medizinprodukten trägt maßgeblich zur Patientensicherheit von Krankenhäusern bei. Am KBP wurde im Ergebnis einer Machbarkeitsstudie im Hinblick auf die Aufbereitung von Medizinprodukten vor dem Prüfkontext eigener Aufbereitung vs. Fremdaufbereitung festgestellt, dass eine Aufbereitung in Eigenregie die einzig sinnvolle Lösung darstellt. Daraus abgeleitet wurde ein Projekt zur räumlichen und technischen Erneuerung der AEMP am Standort Plauen aktiviert. Ende 2019 wurde dann ein Einzelförderantrag beim Sächsischen Ministerium für Soziales und Verbraucherschutz gestellt. Im Ergebnis wurde das Projekt in das Krankenhausinvestitionsprogramm des Freistaates Sachsen aufgenommen. Eine Realisierung wird für das Jahr 2021 vorgesehen.

Stärkung und Erweiterung der Fachkompetenz der HNO-Abteilung als Maßnahme zur Zukunftssicherung des Standortes

Mit dem Chefarztwechsel im April 2019 wurde auch das Ziel formuliert, eine Erweiterung des Leistungsspektrums zu realisieren, die im Ergebnis eine Erhöhung der durchschnittlichen Fallschwere und damit einen wesentlichen Beitrag zur Absicherung eines umfassenden Versorgungsspektrums der Klinik in der Region zum Ziel hatte. Die konsequente Erweiterung des OP-Spektrums durch den neuen Chefarzt und ärztlichen Direktor Herrn PD Dr. Al Kadah, sowie dessen aktive Ansprache der niedergelassenen Einweiser zur Kommunikation dieses Leistungsspektrums haben dazu geführt, dass ein Versorgungsniveau sehr hohen Anspruchs erreicht wurde und gleichzeitig neue Einweiser gewonnen werden konnten, die die operative Versorgung Ihrer Patienten in der Region gesichert sehen.

Teilnahme an der gestuften Notfallversorgung

Das KBP sichert seit vielen Jahren die Versorgung von Notfällen bei Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten im Raum Vogtland und Oberfranken 24/7 ab. Mit der Einführung der gestuften Notfallversorgung war diese Versorgungssicherheit gefährdet, da das Haus in seiner Struktur als Fachklinik die gestellten Anforderungen nicht abbilden konnte. Um auch weiterhin als verlässlicher Partner in der Gesundheitsversorgung von Notfällen aktiv sein zu können, wurde ein Antrag an das SMS gestellt, entsprechend den tatsächlichen Gegebenheiten als Spezialversorger im Rahmen der gestuften Notfallversorgung anerkannt zu werden. Dieser Antrag wurde im Juli 2019 unter Beachtung der Versorgungssituation gewürdigt und mit einer entsprechenden Genehmigung erwidert. Damit sichert das Krankenhaus Bethanien Plauen die HNO-Ärztliche Notfallversorgung im Vogtland auch weiterhin als zuverlässiger Versorgungsstandort ab.