

---

# Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V  
für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser



Krankenhaus Bethanien Plauen

**Krankenhaus**

Dobenaustr. 130  
08523 Plauen

**Anschrift**

2008

**Berichtsjahr**



## **Vorwort**

Das Krankenhaus Bethanien Plauen in der Trägerschaft der Bethanien Krankenhaus Chemnitz gGmbH ist ein Krankenhaus der Regelversorgung mit 57 Planbetten und versorgt Patienten mit Erkrankungen der Fachgebiete Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde sowie Kopf- und Halschirurgie und Allgemeine Chirurgie.

Die Geschichte des Hauses 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 neue 30- Bettenstation für die vom Vogtlandklinikum Plauen übernommene HNO-Abteilung erbaut. Hier stehen moderne Patientenzimmer und technisch hochwertig ausgestattete Funktionsräume für die Versorgung der Patienten zur Verfügung.



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. Beispielhaft sollen hier genannt werden:



⇒ Operationen am inneren und äußeren Kehlkopf vom Kehldeckel 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, Paukenröhren, 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.

Die Chirurgische Klinik ist eine Belegabteilung. Niedergelassene Chirurgen aus 2 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 von der Geschäftsführung der Bethanien Krankenhaus Chemnitz gGmbH der Beschluss gefasst, die Qualität der Einrichtungen einem Prüfungsverfahren zu unterziehen, an dessen Ende die Erreichung eines Qualitätszertifikates steht. Für das Krankenhaus Bethanien Plauen wurde deshalb der Antrag auf Zertifizierung nach den Kriterien des KTQ® - Kataloges gestellt.



Mit einer umfangreichen Einführungsphase, in deren Verlauf sowohl Projekte zur Verbesserung unserer Arbeitsabläufe als auch zur transparenten Darstellung dieser Abläufe initiiert und von unseren Mitarbeitern umgesetzt wurden, ist der Grundstein für ein umfassendes Qualitätsmanagement gelegt worden.

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.





## **Inhaltsverzeichnis**

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses .....	7
A-1 Allgemeine Kontaktdaten.....	7
A-2 Institutionskennzeichen .....	7
A-3 Standortnummer.....	7
A-4 Name und Art des Krankenhausträgers.....	7
A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus.....	7
A-6 Organisationsstruktur .....	8
A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie .....	9
A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses .....	9
A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch – pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	10
A-10 Allgemeine nicht – medizinische Serviceangebote des Krankenhauses .....	11
A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	12
A-11.1 Forschungsschwerpunkte.....	12
A-11.2 Akademische Lehre .....	12
A-11.3 Ausbildung in anderen Heilberufen.....	12
A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus.....	13
A-13 Fallzahlen des Krankenhauses.....	13
A-14 Personal des Krankenhauses.....	13
A-14.1 Ärzte.....	13
A-14.2 Pflegepersonal .....	14
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen .....	15
B-[1 ].1 1500 Allgemeine Chirurgie .....	15
B-[1 ].2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit .....	16
B-[1 ].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit .....	16
B-[1 ].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit.....	17
B-[1 ].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung.....	17
B-[1 ].6 Diagnosen nach ICD .....	17
B-[1 ].6.1 Hauptdiagnosen nach ICD.....	17
B-[1 ].6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen.....	18
B-[1 ].7 Prozeduren nach OPS.....	18
B-[1 ].7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	18
B-[1 ].7.2 Weitere Kompetenzprozeduren .....	18
B-[1 ].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	19
B-[1 ].9 Ambulante Operationen nach §115b SGB V.....	19
B-[1 ].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	19



B-[1].11 Apparative Ausstattung.....	20
B-[1].12 Personelle Ausstattung.....	21
B-[1].12.1 Ärzte.....	21
B-[1].12.2 Pflegepersonal.....	22
B-[1].12.3 Spezielles therapeutisches Personal .....	23
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen .....	24
B-[2 ].1 2600 Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde.....	24
B-[2].2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit .....	25
B-[2].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit .....	25
B-[2].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit.....	25
B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung.....	26
B-[2].6 Diagnosen nach ICD .....	26
B-[2].6.1 Hauptdiagnosen nach ICD.....	26
B-[2].6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen.....	26
B-[2].7 Prozeduren nach OPS.....	27
B-[2].7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	27
B-[2].7.2 Weitere Kompetenzprozeduren .....	27
B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	28
B-[2].9 Ambulante Operationen nach §115b SGB V.....	28
B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	29
B-[2].11 Apparative Ausstattung.....	29
B-[2].12 Personelle Ausstattung.....	30
B-[2].12.1 Ärzte.....	30
B-[2].12.2 Pflegepersonal.....	31
B-[2].12.3 Spezielles therapeutisches Personal .....	31
C Qualitätssicherung .....	32
C-1.1.[1] Erbrachte Leistungsbereiche für das Krankenhaus .....	32
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 121 SGB V.....	32
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) § 137f SGB V.....	32
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	32
C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 V .....	33
C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 V .....	33
C-6 Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] („Strukturqualitätsvereinbarung“).....	33



D Qualitätsmanagement.....	34
D-1 Qualitätspolitik.....	34
D-2 Qualitätsziele .....	37
D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.....	40
D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements .....	42
D-5 Qualitätsmanagement-Projekte.....	44
D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements.....	46



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

### **A-1 Allgemeine Kontaktdaten**

Name	Krankenhaus Bethanien Plauen
Straße	Dobenaustr. 130
PLZ / Ort	08523 Plauen
Postfach	
Postfach (PLZ/Ort)	
Telefon	03741 / 1720
Fax	03741 / 172110
WWW	<a href="http://www.ediacon.de">www.ediacon.de</a>
Email	info@bethanien-plauen.de

### **A-2 Institutionskennzeichen**

Institutionskennzeichen 261401369

### **A-3 Standortnummer**

Standort – Nr. 00

### **A-4 Name und Art des Krankenhausträgers**

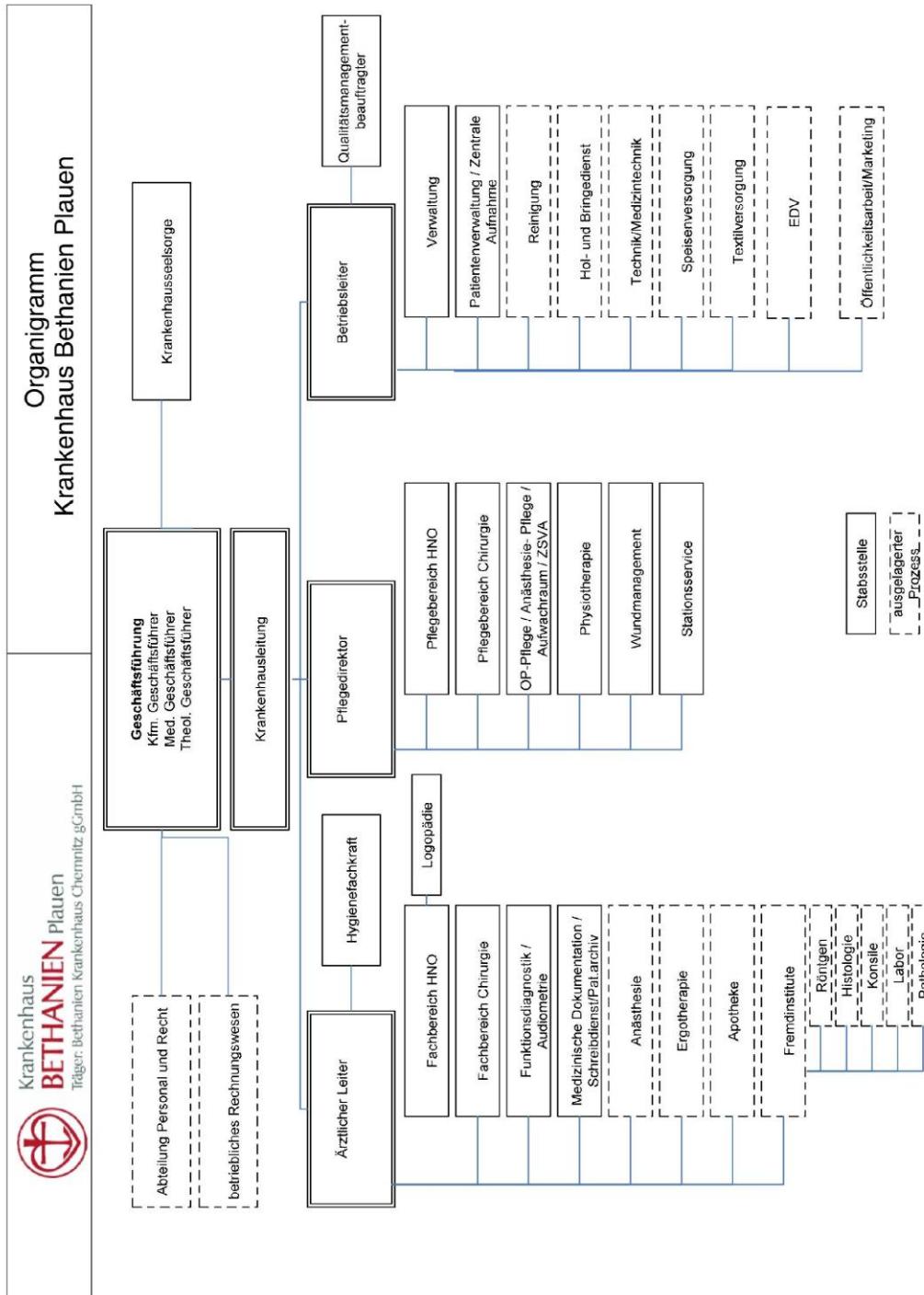
Krankenhausträger	Bethanien Krankenhaus Chemnitz gemeinnützige GmbH
Art	freigemeinnützig

### **A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus**

Nein  Ja



## A-6 Organisationsstruktur





### **A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie**

Nein       Ja

### **A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses**

Nr.	Fachabteilungsübergreifender Versorgungsschwerpunkt	Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind	Kommentar
VS45	Wundzentrum	HNO, Chirurgie	Betreuung entsprechenden Krankheitsbilder durch ausgebildete Wundschwester



## A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch – pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Med.-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP03	Angehörigenbetreuung/ -beratung/ -seminare	Beratung der Angehörigen zur Tracheostomapflege Beratung der Angehörigen zur Betreuung von MRSA-Patienten
MP55	Audiometrie/ Hördiagnostik	
MP09	Besondere Formen/ Konzepte der Betreuung von Sterbenden	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Einweisung der betreffenden Patienten in besondere, diagnosespezifische Kostformen
MP15	Entlassungsmanagement/ Brückenpflege/ Überleitungspflege	
MP32	Physiotherapie/ Krankengymnastik als Einzel- und/ oder Gruppentherapie	
MP37	Schmerztherapie/ -management	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Tracheostomasymposium 1xjährlich für stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen und Arztpraxen
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/ Logopädie	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/ Orthopädiotechnik	Patienten mit diabetischem Fußsyndrom werden mit den notwendigen Hilfsmitteln ausgestattet
MP51	Wundmanagement z.B. spezielle Versorgung	Betreuung von Patienten mit chronischen Wunden von einer ausgebildeten Wundexpertin
MP68	Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen/ Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege	
MP52	Zusammenarbeit mit/ Kontakt zu Selbsthilfegruppen	regelmäßige Veranstaltungen für Patienten mit Tracheostoma (Kehlkopflose) und ihren Angehörigen



## A-10 Allgemeine nicht – medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

Nr.	Serviceangebot	Kommentar
SA01	Aufenthaltsräume	
SA02	Ein-Bett-Zimmer	
SA05	Mutter-Kind-Zimmer/ Familienzimmer	
SA08	Teeküche für Patienten und Patientinnen	
SA09	Unterbringung Begleitperson z.B. bei Begleitpersonen	
SA10	Zwei-Bett-Zimmer	
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA13	Elektrisch verstellbare Betten	
SA14	Fernsehgerät am Bett/ im Zimmer	
SA15	Internetanschluss am Bett/ im Zimmer	
SA17	Rundfunkempfang am Bett	
SA18	Telefon	
SA20	Frei wählbare Essenzusammenstellung (Komponentenwahl)	
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung (z.B. Mineralwasser)	
SA45	Frühstücks-/ Abendbuffet	
SA46	Getränkeautomat	
SA23	Cafeteria	
SA51	Orientierungshilfen	
SA33	Parkanlage	
SA52	Postdienst	
SA37	Spielplatz/ Spielecke	
SA54	Tageszeitungsangebot	
SA55	Beschwerdemanagement	
SA40	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen	
SA42	Seelsorge	
SA57	Sozialdienst	



## **A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses**

keine

### **A-11.1 Forschungsschwerpunkte**

Siehe A 11

### **A-11.2 Akademische Lehre**

Siehe A 11

### **A-11.3 Ausbildung in anderen Heilberufen**



## A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

(Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)  
Anzahl Betten 57

## A-13 Fallzahlen des Krankenhauses

Vollstationäre Fallzahlen 2999

Ambulante Fallzahl 2289

Ambulante Fallzahlen

Fallzählweise 2289

Quartalzählweise 0

Patientenzählweise 0

Sonstige Zählweise 0

## A-14 Personal des Krankenhauses

### A-14.1 Ärzte

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	7 Vollkräfte	
– davon Fachärzte und Fachärztinnen	3 Vollkräfte	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	6 Personen	
Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	0 Vollkräfte	



## A-14.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/ Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	19 Vollkräfte	3 Jahre	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	0,8 Vollkräfte	3 Jahre	
Altenpfleger/-innen	0 Vollkräfte	3 Jahre	
Pflegeassistenten/-assistentinnen	0 Vollkräfte	2 Jahre	
Krankenpflegehelfer/-innen	1,5 Vollkräfte	1 Jahr	
Pflegehelfer/-innen	0 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
Hebammen/ Entbindungspfleger	0 Personen	3 Jahre	
Operationstechnische Assistenz	0 Vollkräfte	3 Jahre	



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

### **B-[1 ].1 1500 Allgemeine Chirurgie**

Abteilungsleiter: Da es sich um eine Belegabteilung handelt, wird die Pflegebereichsleiterin als Ansprechpartner genannt.

Kontaktdaten:

Fachabteilungsname	Allgemeine Chirurgie
Straße	Dobenaustr. 130
PLZ / Ort	08523 / Plauen
Postfach	/
Postfach (PLZ/Ort)	/
Telefon	03741 / 172250
Fax	03741 / 172110
Email	<a href="mailto:m.kaestner@bethanien-plauen.de">m.kaestner@bethanien-plauen.de</a>

Abteilungsart: Belegabteilung



## **B-[1].2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit**

Nr.	Versorgungsschwerpunkte	Kommentar
VC62	Portimplantation	
VC26	Metall-/ Fremdkörperentfernungen	
VC27	Bandrekonstruktionen/ Plastiken	
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren	
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	
VC63	Amputationschirurgie	Zehen und Vorfußamputationen bei Patienten mit diabetischem Fußsyndrom
VC55	Minimal-invasive laparoskopische Operationen	
VC66	Arthroskopische Operationen	

## **B-[1].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit**

Nr.	Med.-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP63	Sozialdienst	



## **B-[1].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit**

## **B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl: 954

## **B-[1].6 Diagnosen nach ICD**

### **B-[1].6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD10 Ziffer	Anzahl	Bezeichnung
1	K40	141	Leistenbruch
2	M23	61	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes
3	M20	54	Nicht angeborene Verformungen von Fingern bzw. Zehen
4	M72	48	Gutartige Geschwulstbildung des Bindegewebes
5	S83	45	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung des Kniegelenkes bzw. seiner Bänder
6	I83	40	Krampfadern der Beine
7	K80	38	Gallensteinleiden
8	I84	33	Krampfaderartige Erweiterung der Venen im Bereich des Enddarms - Hämorrhoiden
9	E04	28	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse
10	S82	27	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
11	S52	26	Knochenbruch des Unterarmes
12	M75	23	Schulterverletzung
13	G56	19	Funktionsstörung eines Nervens am Arm bzw. an der Hand
14	M17	18	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes
15	L05	17	Eitrige Entzündung in der Gesäßfalte durch eingewachsene Haare - Pilonidalsinus



## **B-[1].6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen**

keine

## **B-[1].7 Prozeduren nach OPS**

### **B-[1].7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS Ziffer	Anzahl	Bezeichnung
1	5-788	209	Operation an den Fußknochen
2	5-812	173	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) des Kniegelenks durch eine Spiegelung
3	5-530	143	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs
4	5-810	141	Erneute Operation eines Gelenks durch eine Spiegelung
5	5-787	74	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden
6	5-845	56	Operative Entfernung der Gelenkinnenhaut an der Hand
7	5-385	49	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein
8	5-842	48	Operation an den Bindegewebshüllen der Muskeln und Sehnen an Hand bzw. Fingern
9	5-840	46	Operation an den Sehnen der Hand
10	1-697	44	Untersuchung eines Gelenks durch eine Spiegelung

### **B-[1].7.2 Weitere Kompetenzprozeduren**

keine



## **B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Nr. der Ambulanz	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Nr. der Leistung	Angebotene Leistungen	Kommentar/ Erläuterung
AM00		Onkologische Sprechstunde			Diagnostik, Therapieeinleitung - nach § 31 a Absatz 1 Ärzte-Zulassungsverordnung

## **B-[1].9 Ambulante Operationen nach §115b SGB V**

Da es sich um eine Belegabteilung handelt, werden keine ambulanten Operationen angeboten.

## **B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Arzt mit ambulanter D-Arzt Zulassung vorhanden



## **B-[1].11 Apparative Ausstattung**

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h-Notfall verfügbarekeit	Kommentar
AA37	Arthroskop	Gelenksspiegelung	-	
AA40	Defibrillator	Gerät zur Behandlung von lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen	-	Notfallkoffer
AA12	Gastroenterologische Endoskope	Gerät zur Magen-Darm-Spiegelung	nein	
AA45	Endosonographiegerät	Ultraschalldiagnostik im Körperinneren	-	
AA29	Sonographiegerät/ Dopplersonographiegerät/ Duplexsonographiegerät	Ultraschallgerät/ mit Nutzung des Dopplereffekts/ farbkodierter Ultraschall	nein	
AA31	Spirometrie/ Lungenfunktionsprüfung	Lungenfunktionsprüfung	-	
AA58	24 h Blutdruck	Monitorüberwachung	-	
AA59	24 h EKG	Monitorüberwachung	-	



## **B-[1].12 Personelle Ausstattung**

### **B-[1].12.1 Ärzte**

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	0,0 Vollkräfte	
– davon Fachärzte und Fachärztinnen	0,0 Vollkräfte	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	6,0 Personen	

### **Ärztliche Fachexpertise der Abteilung**

Nr.	Facharztbezeichnungen	Kommentar/ Erläuterung
AQ06	Allgemeine Chirurgie	
AQ10	Orthopädie und/ oder Unfallchirurgie	

Nr.	Zusatzweiterbildungen (fakultativ)	Kommentar/ Erläuterung



## **B-[1].12.2 Pflegepersonal**

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/ Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpfleger/- innen	6,5 Vollkräfte	3 Jahre	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ -innen	0 Vollkräfte	3 Jahre	
Altenpfleger/-innen	0 Vollkräfte	3 Jahre	
Pflegeassistenten/- assistentinnen	0 Vollkräfte	2 Jahre	
Krankenpflegehelfer/ -innen	0,8 Vollkräfte	1 Jahr	
Pflegehelfer/-innen	0 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	Servicepersonal
Hebammen/ Entbindungspfleger	0 Personen	3 Jahre	
Operationstechnisch e Assistenz	0 Vollkräfte	3 Jahre	

### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung**

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse	Kommentar/ Erläuterung
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie	

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar/ Erläuterung
ZP10	Mentoren	
ZP12	Praxisanleiter	
ZP16	Wundmanagement	



## **B-[1].12.3 Spezielles therapeutisches Personal**

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar
SP34	Deeskalationstrainer und Deeskalationstrainerin/Deeskalations manager und Deeskalationsmanagerin/Deeskalation sfachkraft (mit psychologischer, pädagogischer oder therapeutischer Vorbildung)	
SP11	Kinästhetikbeauftragter und Kinästhetikbeauftragte	
SP48	Vojtatherapeut und Vojtatherapeutin für Erwachsene und/oder Kinder	



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

### **B-[2 ].1 2600 Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde**

Abteilungsleiter:

Dr.med. K.-H. Ahrens

Kontaktdaten:

Fachabteilungsname	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
Straße	Dobenaustr. 130
PLZ / Ort	08523 / Plauen
Postfach	/
Postfach (PLZ/Ort)	/
Telefon	03741 / 172201
Fax	03741 / 172202
Email	<a href="mailto:info@bethanien-plauen.de">info@bethanien-plauen.de</a>

Abteilungsart: Hauptabteilung



## **B-[2].2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit**

Nr.	Versorgungsschwerpunkte	Kommentar
VH01	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres	
VH02	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes	
VH03	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres	
VH06	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres	
VH07	Schwindeldiagnostik und -therapie	
VH10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen	
VH18	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich	
VH19	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren	
VH23	Spezialsprechstunde	Tumorsprechstunde

## **B-[2].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit**

Nr.	Med.-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP63	Sozialdienst	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen	

## **B-[2].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit**

Nr.	Serviceangebot	Kommentar
SA44	Diät-/ Ernährungsangebot	



## **B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl: 2045

## **B-[2].6 Diagnosen nach ICD**

### **B-[2].6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD10 Ziffer	Anzahl	Bezeichnung
1	J35	540	Anhaltende Krankheit der Gaumen- bzw. Rachenmandeln
2	J32	177	Anhaltende Nasennebenhöhlenentzündung
3	J34	102	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen
4	H81	88	Störung des Gleichgewichtsorgans
5	Z08	84	Nachuntersuchung nach Behandlung einer Krebserkrankung
6	J36	70	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) um die Mandeln
7	R04	61	Blutung aus den Atemwegen
8	J38	47	Krankheit der Stimmlippen bzw. des Kehlkopfes
9	H66	45	Eitrige bzw. andere Form der Mittelohrentzündung
10	K11	40	Krankheit der Speicheldrüsen

### **B-[2].6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen**



## **B-[2].7 Prozeduren nach OPS**

### **B-[2].7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS Ziffer	Anzahl	Bezeichnung
1	1-242	635	Messung des Hörvermögens - Audiometrie
2	5-281	304	Operative Entfernung der Gaumenmandeln (ohne Entfernung der Rachenmandel) - Tonsillektomie ohne Adenotomie
3	1-611	303	Untersuchung des Rachens durch eine Spiegelung
4	5-285	300	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)
5	5-200	253	Operativer Einschnitt in das Trommelfell
6	1-610	244	Untersuchung des Kehlkopfs durch eine Spiegelung
7	1-630	240	Untersuchung der Speiseröhre durch eine Spiegelung
8	1-620	229	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung
9	5-215	195	Operation an der unteren Nasenmuschel
10	8-506	169	Wechsel bzw. Entfernung von eingebrachten Verbandsstoffen bei Blutungen

### **B-[2].7.2 Weitere Kompetenzprozeduren**



## **B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Nr. der Ambulanz	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Nr. der Leistung	Angebote Leistungen	Kommentar/ Erläuterung
AM04	Ermächtigungsambulanz § 116 SGB V	Chefarztambulanz			Diagnostik von HNO-Erkrankungen, Therapieempfehlungen, Erstellung von OP-Indikationen
AM08	Notfallambulanz (24 h)	Versorgung von Notfallpatienten			KV- Ermächtigung nach § 76 SGB V
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen (§ 115a SGB V)	vor- und nachstationäre Behandlung von Patienten			nach § 115a SGB V
AM00		Onkologische Sprechstunde			Diagnostik, Therapieeinleitung - nach § 31 a Absatz 1 Ärzte- Zulassungsverordnung

## **B-[2].9 Ambulante Operationen nach §115b SGB V**

Rang	OPS Ziffer	Anzahl	Bezeichnung
1	5-285	196	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)
2	5-216	83	Wiederausrichtung einer Nase nach Nasenbruch
3	5-200	35	Operativer Einschnitt in das Trommelfell
4	5-300	22	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Kehlkopfes
5	5-194	19	Operativer Verschluss des Trommelfells (Typ I)



## **B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

nicht vorhanden

## **B-[2].11 Apparative Ausstattung**

AA02	Audiometrie-Labor	Allergiediagnostik, Riechdiagnostik und Rhinomanometrie Schwindeldiagnostik – Videonystagmosgraphie (Computergestützte Gleichgewichtsuntersuchung) Hördiagnostik Impedanz- und Reflexaudiometrie Ton- und Sprachaudiometrie OAE (Otoakustische Emissionen) BERA (Hirnstammaudiometrie) Tympanometrie- und Reflexmessung Diagnostik der Stimme und der Sprache Videostroboskopie des Kehlkopfes (Darstellung der Stimmbandschwingungen) Lupen- und flexible endoskopische Laryngoskopie (Darstellung von Kehlkopf, Speiseröhreneingang, oberer Luftröhre) Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen Kinematographie
AA12	Endoskop	Endoskopische Videodokumentation zur funktionellen und organischen Beurteilung und zum Tumorausschluss Endoskopische Divertikeloperationen mittels Laser
AA27	Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät (z.B. C-Bogen)	
AA29	Sonographiegerät/ Dopplersonographiegerät	Ultraschalldiagnostik von Hals und Nasennebenhöhlen
AA31	Spirometrie/Lungenfunktionsprüfung	



## **B-[2].12 Personelle Ausstattung**

### **B-[2].12.1 Ärzte**

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	7,0 Vollkräfte	
– davon Fachärzte und Fachärztinnen	3,0 Vollkräfte	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0,0 Personen	

### **Ärztliche Fachexpertise der Abteilung**

Nr.	Facharztbezeichnungen	Kommentar/ Erläuterung

Nr.	Zusatzweiterbildungen (fakultativ)	Kommentar/ Erläuterung



## **B-[2].12.2 Pflegepersonal**

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/ Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	13,0 Vollkräfte	3 Jahre	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	1,0 Vollkräfte	3 Jahre	
Altenpfleger/-innen	0 Vollkräfte	3 Jahre	
Pflegeassistenten/-assistentinnen	0 Vollkräfte	2 Jahre	
Krankenpflegehelfer/-innen	1,0 Vollkräfte	1 Jahr	
Pflegehelfer/-innen	0 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
Hebammen/ Entbindungspfleger	0 Personen	3 Jahre	
Operationstechnische Assistenz	0 Vollkräfte	3 Jahre	

### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung**

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse	Kommentar/ Erläuterung

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar/ Erläuterung
ZP10	Mentoren	
ZP12	Praxisanleiter	
ZP16	Wundmanagement	

## **B-[2].12.3 Spezielles therapeutisches Personal**



## C Qualitätssicherung

Haben Sie Leistungen nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V  
(BQS-Verfahren) erbracht?



### **C-1.1.[1] Erbrachte Leistungsbereiche für das Krankenhaus**

Leistungsbereich	Fallzahl	Doku. Rate (%)	Kommentar
Cholezystektomie	41	100	
Gynäkologische Operationen	<5	100	
Dekubitusprophylaxe	52	100	

### **C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 121 SGB V**

- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart
- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.  
Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil :

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

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



**C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 V**

Leistungsbereich	Mindestmenge 2008	Erbrachte Menge 2008	Ausnahmetatbestand	Kommentar/ Erläuterung
Lebertransplantation	20	0		
Nierentransplantation	25	0		
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	10	0		
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	0		
Stammzelltransplantation	25	0		
Knie-TEP	50	0		

**C-6 Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen  
Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz  
1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] („Strukturqualitätsvereinbarung“)**

Nr	Vereinbarung	Kommentar
----	--------------	-----------



## **D Qualitätsmanagement**

### **D-1 Qualitätspolitik**

Das Krankenhaus Bethanien Plauen ist seit 2008 ein Unternehmen der 2008 gegründeten edia.con gemeinnützige GmbH.

Die Entwicklung der Qualität ist integraler Bestandteil der strategischen Unternehmensentwicklung der edia.con. In der Darstellung der Qualitätspolitik formulieren wir unser Bestreben, mit den verfügbaren Ressourcen unter humanitären, ethischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten, einen möglichst großen Nutzen und ein hohes Maß an Qualität für den Patienten und Bewohner zu erreichen. Die Grundlage unseres Handelns bildet unser diakonisches Profil und Selbstverständnis.

#### **1. Patienten-, Bewohner- und Kundenorientierung**

Das Wohl unserer Patienten und Bewohner steht im Mittelpunkt unseres Engagements.

Die bestmögliche medizinische und pflegerische Versorgung unserer Patienten und Bewohner ist oberstes Ziel unseres Handelns.

Durch Professionalität auf allen Ebenen wollen wir die Erwartungen unserer Kunden erfüllen. Wir streben eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Einweisern, Kostenträgern, Kooperationspartnern und Lieferanten an und schaffen dafür die notwendigen Voraussetzungen.

#### **1.1. Patienten- und bewohnerbezogene Ausrichtung**

Mit der konsequenten Einbeziehung der Patienten und ihrer Angehörigen in den Behandlungsprozess sowie mit dem Prinzip der ganzheitlichen Pflege respektieren wir die Individualität sowie das Bedürfnis nach Zuwendung, Aufmerksamkeit und menschlicher Wärme.

Durch Information und Transparenz im gesamten Behandlungsprozess sowie eine ressourcenorientierte Arbeit sichern wir die Mitwirkung der Patienten und unterstützen den Behandlungserfolg. Dies setzt eine konstruktive und vertrauensvolle Zusammenarbeit aller am Behandlungsprozess Beteiligten voraus.

In unserer Arbeit orientieren wir uns an neuesten Erkenntnissen und Entwicklungen der medizinischen und pflegerischen Wissenschaft.

Die Bewohner der Altenpflegeeinrichtungen erfahren in ihrer jeweiligen Situation die erforderliche Hilfe und Unterstützung, dabei orientieren wir uns an deren Bedürfnissen und Fähigkeiten.

#### **1.2. Kundenbezogene Ausrichtung**

Wir streben mit unseren Kunden eine vertrauensvolle Zusammenarbeit, Transparenz und Kommunikation auf der Grundlage der Achtung gegenseitiger Geschäftsinteressen an.

Dies wird durch regelmäßige Informationen über wichtige Entwicklungen im Unternehmen und eine kontinuierliche Kontaktpflege gewährleistet.



### **1.3. Lieferantenbeziehung zum gegenseitigen Nutzen**

Für die Entwicklung der Lieferantenbeziehungen gilt das Wirtschaftlichkeitsprinzip unter Berücksichtigung von Qualität, Quantität und Termintreue. Dabei werden nachvollziehbare Auswahlkriterien für Lieferanten verwendet sowie ein Auswahl- und Beurteilungssystem genutzt.

Eine verantwortungsvolle und partnerschaftliche Zusammenarbeit wird angestrebt.

### **2. Führung**

Unsere Qualitätspolitik ist Teil der strategischen Ausrichtung unseres Unternehmens. Ein umfassendes Qualitätsmanagement-Konzept, Zertifizierungen, Audits, Benchmarking und Kennzahlen sind Instrumente auf dem Weg der ständigen Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements.

In unserem Qualitätsmanagementsystem sind alle Berufsgruppen und Leitungsebenen gleichermaßen integriert.

Qualitätsmanagement ist eine Führungsaufgabe und muss von allen Führungskräften gleichermaßen mitgetragen und gelebt werden. Verantwortlich für die Initiierung und Umsetzung der Qualitätspolitik ist die Geschäftsführung.

Für Führungskräfte bedeutet dies, eine Vorbildfunktion auszuüben, klare Verantwortlichkeiten und Beauftragungen festzulegen und für eine Kommunikationskultur zu sorgen die von Offenheit, Respekt, Vertrauen und Toleranz geprägt ist. Grundlage ist eine integrative Managementstruktur basierend auf einem kooperativen Führungsstil.

Für die mit dem Qualitätsmanagement verbundenen Aufgaben werden Ressourcen in angemessenem Umfang bereitgestellt. Die Arbeitsweise des Qualitätsmanagements unterliegt einer ständigen Überprüfung.

### **3. Einbeziehung von Personen**

Alle Mitarbeitenden sollen durch zielorientierte, praxisbezogene inner- und außerbetriebliche Fort- und Weiterbildung gefördert werden. Ziel ist eine systematische Personalentwicklung.

Es werden regelmäßig Team- und Mitarbeitergespräche geführt. Entscheidungen werden im Unternehmen kommuniziert, um diese nachvollziehbar zu machen.

Regelmäßige Mitarbeiterbefragungen, betriebliches Vorschlagswesen und Führungskräfte-Coaching sind Ausdruck unserer mitarbeiterorientierten Unternehmenskultur.

Die Einbeziehung der Mitarbeitenden in das Qualitätsmanagement erfolgt auf allen Hierarchieebenen.

Die Selbstverantwortung der Mitarbeitenden soll gefördert und gestärkt werden. Eine gegenseitige fachliche Achtung ist dafür unabdingbar.



#### **4. Prozessorientierter Ansatz**

Ein wichtiges Ziel unseres Qualitätsmanagements ist die Steigerung der Effizienz und Effektivität unserer Arbeit durch die Standardisierung und Optimierung der Prozessabläufe und deren Dokumentation.

Damit verbunden ist eine ständige Weiterentwicklung der Organisation, die eine klare Regelung von Verantwortlichkeiten gewährleistet.

#### **5. Ständige Verbesserung**

Die Unternehmensführung steuert die Planung aller qualitätsrelevanten Prozesse einschließlich der Kontrollmechanismen. Dazu gehört die Erhebung, Analyse und Auswertung von qualitätsrelevanten Daten und Informationen.

Ziel des Unternehmens ist es, die hohe Qualität der Leistungen der Einrichtungen im Rahmen eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses zu sichern und weiterzuentwickeln. Dabei stehen die Zufriedenheit und das Vertrauen unserer Patienten und Bewohner im Mittelpunkt. Um Zufriedenheit zu ermitteln und Leistungen zielgerichtet zu verbessern, werden regelmäßige Befragungen von Patienten und einweisenden Ärzten durchgeführt.

Die aus Beschwerden, Fehlern und Beinahevorkommnissen gewonnenen Erkenntnisse nutzen wir konstruktiv zur Qualitätsverbesserung.



## **D-2 Qualitätsziele**

Die Qualitätsziele dienen der kurz- und mittelfristigen Konkretisierung der Qualitätspolitik. Sie orientieren sich an den Erwartungen unserer Patienten, Einweiser, Mitarbeitenden und Kooperationspartner sowie am Leitbild, der Qualitätspolitik, den Unternehmenszielen und an äußeren Bedingungen (gesetzliche Auflagen, etc.).

Die Krankenhausleitung hat unter Zugrundelegung der Qualitätspolitik und des Leitbildes gemeinsam mit allen Entscheidungsträgern Qualitätsziele für das Jahr 2008 festgelegt. Dazu gehören:

- Patientenzufriedenheit
- Sicherstellung einer hohen Qualität der Leistungserbringung
- Mitarbeiterorientierung
- Verbesserung der internen Kommunikation
- kontinuierliche Verbesserung
- Weiterentwicklung der Pflege-, Behandlungs- und Hygieneleitlinien
- Optimierung des Beschwerdemanagements

### **Patientenzufriedenheit**

Unser Ziel ist es, dass sich unsere Patienten wohlfühlen, gut behandelt und gut informiert sind.

Dies erreichen wir durch:

- Kompetenz und Freundlichkeit der Mitarbeitenden
- Zuwendung zum Patienten und pflegenden Angehörigen
- Patientenorientierte Ablauforganisation von der Aufnahme bis zur Entlassung
- Partnerschaftliche Kommunikation mit den Patienten, den Angehörigen und unter den Mitarbeitenden
- verständliche ärztliche Aufklärung, Abschlussgespräche und weitere Verhaltensempfehlungen
- Verbesserung des Beschwerdemanagements
- gute Unterbringung und Verpflegung

Messkriterien zur Ergebnisüberprüfung:

- Patientenbefragung
- Häufigkeit der Beschwerden
- Belegungszahlen

Folgende Maßnahmen hinsichtlich der Patientenzufriedenheit haben wir aus den Ergebnissen der Patientenbefragungen im Berichtsjahr eingeleitet:

- Verbesserung der Patienteninformation durch Aktualisierung der Patienteninformationsbroschüre
- Verbesserung des Beschwerdemanagements für Patienten und Angehörige

### **Sicherstellung einer hohen Qualität der Leistungserbringung**

Die ganzheitlich orientierte Versorgung und Betreuung unserer Patienten orientiert sich an den neusten medizinischen Erkenntnissen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsprinzips.

Das erreichen wir durch:

- leitliniengerechte Therapie



- Erstellung von Behandlungspfaden
- Aktualisierung der Pflege-, Behandlungs- und Hygieneleitlinien
- Einhaltung der Hygieneanforderungen
- fachliche Kompetenz und persönliches Engagement
- gute Kooperation und Kommunikation mit Einweisern, anderen medizinischen Einrichtungen und Kostenträgern
- korrekte und angemessene Dokumentation der Arbeit

#### Messkriterien zur Ergebnisüberprüfung

- Begehungen einzelner Bereiche
- Schulungsgrad der Mitarbeitenden

Neben der Teilnahme an den gesetzlich geforderten Verfahren zur externen Qualitätssicherung dienen auch interne Statistiken (z.B. von Infektionen) der gezielten Maßnahmenplanung zur Erhöhung der Qualität und zur Darstellung erreichter Verbesserungen.

#### **Mitarbeiterorientierung**

Unser Ziel ist, dass sich unserer Mitarbeiter mit dem Unternehmen identifizieren können und leistungsbereit sind.

Das erreichen wir durch:

- Wertschätzung und partnerschaftliche Kommunikation
- respektvoller, offener und ehrlicher Umgang miteinander
- gegenseitige Akzeptanz und Toleranz
- Führungsstärke auf allen Ebenen
- Integration und bestmögliche Anleitung von neuen Mitarbeitenden, Auszubildenden und Studenten
- Förderung der Fort- und Weiterbildung

#### Messkriterien zur Ergebnisüberprüfung

- Mitarbeiterfluktuation
- Krankenstand

Neben der Möglichkeit der Mitarbeit in Arbeitsgruppen und Projektgruppen binden wir unsere Mitarbeitende durch folgende Maßnahmen verstärkt ins Unternehmen ein:

- externe und interne Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten
- kontinuierliche und praktische Anleitung von Krankenpflegeschülerinnen und Krankenpflegeschüler
- Mitarbeiterinformationsveranstaltungen, Hausmitteilungen und Klinikzeitung
- Weihnachtsfeier

Die Qualitätsziele werden jährlich auf ihren Erreichungsgrad überprüft und bewertet. Sowohl die Zielsetzungen als auch den Erreichungsgrad teilen wir den Mitarbeitenden in Abteilungsbesprechungen mit.

Die Einbeziehung der Mitarbeitenden in Veränderungsprozesse, die Informationsweitergabe und die Transparenz bei Regelungen und Entscheidungsprozessen führen zu einer Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit. Nur informierte Mitarbeitende können Maßnahmen nachvollziehen, unterstützen oder konstruktiv Kritik üben. Im Jahr 2008 wurde die Arbeit in den Projektgruppen weiter ausgebaut, um die Einbindung der Mitarbeitenden in Veränderungsprozesse sicherzustellen.



### **Verbesserung der internen Kommunikation**

Hierzu wurde die interne Informationsplattform, das Intranet, weiter ausgebaut. Auf der News-Seite werden die Mitarbeitenden über neue Inhalte aktuell informiert. Weiterhin wird das Intranet dazu genutzt die Transparenz von Qualitätsvorgaben zu erhöhen, indem Dienstanweisungen, Verfahrensanweisungen, Standards und sonstige betriebliche Regelungen zentral bereitgestellt werden.

### **Kontinuierliche Verbesserung**

Unser Ziel ist es, die hohe Qualität unserer Leistungen im Rahmen eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses zu sichern und weiterzuentwickeln. Dazu gehört die Erhebung, Analyse und die Auswertung von qualitätsrelevanten Daten (z.B. Befragungen). Ergebnisse werden in der Krankenhausleitung ausgewertet und Maßnahmen zu Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems abgeleitet.



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

Das Qualitätsmanagement ist dem Betriebsleiter als Stabstelle zugeordnet. Entsprechend der Geschäfts- und Zuständigkeitsordnung der Bethanien Krankenhaus Chemnitz gemeinnützige GmbH ist der theologische Geschäftsführer für das Qualitätsmanagement in der Gesamtheit verantwortlich. Der medizinische Geschäftsführer ist für das Qualitätsmanagement und den Bereich Risikomanagement im medizinisch-pflegerischen Bereich zuständig.

#### **Kompetenzen, Aufgaben und Verantwortungsbereiche im Qualitätsmanagement**

Die Hauptaufgaben der Geschäftsführung und der Krankenhausleitung sind:

- Entwicklung und Festlegung der Qualitätspolitik und der Qualitätsziele
- Festlegung der Aufgaben und der Arbeitsweise des Lenkungsgremiums
- Koordination der Umsetzung von Ergebnissen der Projektgruppenarbeit

Die Hauptaufgaben des Qualitätsmanagementbeauftragten sind:

- Einführung, Sicherung und kontinuierliche Verbesserung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems
- Vorbereitung und Begleitung von (Re-) Zertifizierungen
- Unterstützung bei der Einhaltung und Umsetzung einer verbindlichen und gelebten Qualitätspolitik
- Koordination und Durchführung von internen Audits

Die Hauptaufgaben des Lenkungsgremiums sind:

- Vorbereitung der Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2008
- Steuerung und Überwachung der hausinternen Projekte
- Überprüfung und Freigabe von Dokumenten
- Koordination interner Audits

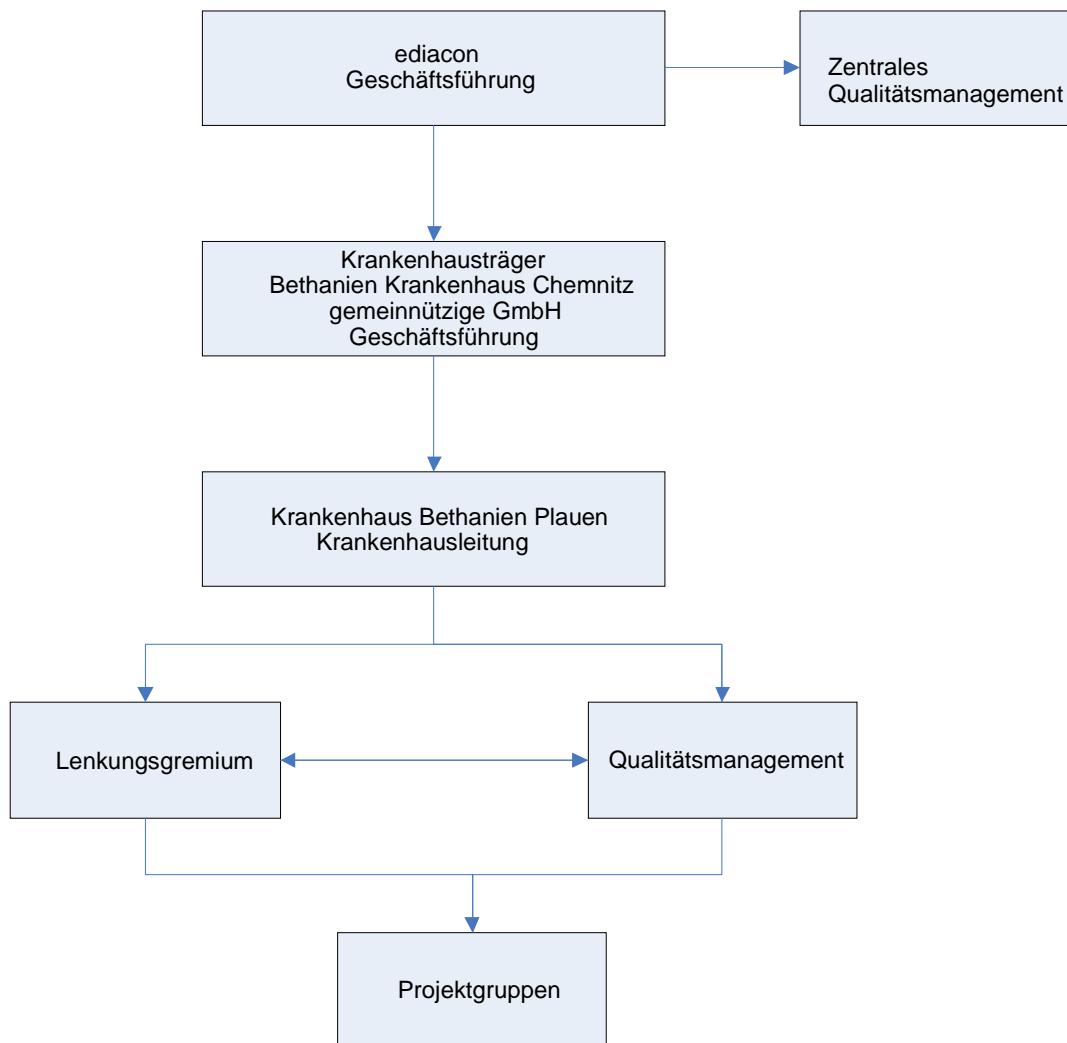
Das Lenkungsgremium setzt sich aus dem theologischer Geschäftsführer, dem Betriebsleiter, der Pflegebereichsleitung und dem Qualitätsmanagementbeauftragten zusammen.

Die Hauptaufgaben der Projektgruppen sind:

- Erstellung eines Projektplanes zum Erreichen des vorgegebenen Projektauftrages
- Erarbeitung der Teilziele des Projektes unter Einhaltung der Projektplanung
- Projektüberwachung und Berichtspflicht an das Lenkungsgremium
- Erstellung des Projektabschlussberichtes und Auswertung des Projektes



### Aufbau des Qualitätsmanagements





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

Zu den Instrumenten des Qualitätsmanagements zählen folgende Regelungen und Prozesse:

### **Fehler- und Risikomanagement**

Hierzu zählen unter anderem die Erfassung und regelmäßige Auswertung von Beinahe-Ereignissen bei der Anwendung von medizinischen Geräten und von Medikamenten sowie die Erfassung von unerwünschten Vorkommnissen bei der Behandlung und Betreuung der Patienten.

Unser Ziel ist es, Fehler und Risiken bei der Behandlung unserer Patienten durch frühzeitige Erkennung der Ursachen nachhaltig zu minimieren.

### **Hygienemanagement**

Ziel unseres Hygienemanagements ist die Prävention von im Krankenhaus erworbenen Infektionen sowie ein wirksames Regime bei Infektionen, die außerhalb des Krankenhauses verursacht wurden.

Alle Belange der Hygiene im Krankenhaus werden geregelt, dokumentiert und kontrolliert. Evaluiert wird dies durch ein externes Hygieneinstitut. Nosokomiale Infektionen werden statistisch erfasst und ausgewertet.

### **Interdisziplinäres OP-Management**

Ärztliche und pflegerische OP-Leitung arbeiten in unserem interdisziplinären OP-Management zusammen. Ziel ist die optimale Nutzung aller personellen, zeitlichen und technischen Ressourcen.

Im OP-Statut sind in klaren Regelungen alle Schritte und Abläufe sowohl den Patienten als auch das Personal betreffend festgeschrieben. Es beinhaltet zudem die Dokumentation und Kontrolle aller Vorgänge.

### **Erfassung von Indikator-Operationen**

Wir beteiligen uns an der nosokomialen Infektionsüberwachung – Modul „postoperative Wundinfektionen“. Dazu wird von einer definierten Operation vorgegebene Werte erfasst und von einem externen Hygieneinstitut ausgewertet. Ziel ist, die Rate von Wundinfektionen zu senken und Vergleiche mit anderen Einrichtungen zu erstellen.

In unserem Krankenhaus wird folgende Indikator-Operation erfasst:

Bezeichnung der Indikator-Operation	Bewertungszeitraum	Anzahl der Operationen	Ergebnis des Vergleichs mit anderen KH
Parotidektomie	01.01. – 31.12.2008	21	unauffällige Wundinfektionsrate

Quelle: Beratungszentrum für Hygiene, Freiburg, 20.04.2009



Für eine prozessorientierte Aufbau- und Ablauforganisation des Krankenhauses sind folgende Regelungen, Konzepte und Prozesse zu nennen:

### **Das Datenschutzkonzept**

Unser Datenschutzkonzept beschreibt die Organisation und Verfahrensweise zur Sicherstellung des internen Datenschutzes. Es regelt die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften zum Schutz aller personenbezogenen Daten sowie Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten. Durch regelmäßige Überprüfungen stellen wir die Einhaltung dieser Regelungen sicher.

### **Patientenbefragungen**

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.

### **Mitarbeiterbefragungen**

Ziel unserer Mitarbeiterbefragung ist es, die Zufriedenheit der Mitarbeiter/-innen mit der Gesamtheit ihrer Arbeitsbedingungen im Unternehmen festzustellen. Die Antworten, Vorschläge, Hinweise und Kritiken werden im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses der Mitarbeiter- und Organisationsentwicklung des Unternehmens ungesetzt. Mitarbeiterbefragungen werden dreijährlich durchgeführt.

### **Einweiserbefragungen**

Das Krankenhaus Bethanien Plauen führte eine Einweiserbefragung durch, um die Zufriedenheit der einweisenden Ärzte mit dem Krankenhaus zu ermitteln und ggf. Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten. Die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten soll so optimiert werden. Denn durch eine gute Zusammenarbeit zwischen einweisenden und nachbehandelnden Ärzten ist für die Patienten eine optimale Betreuung vor, während und nach der stationären Behandlung gewährleistet.

### **Interne Audits**

Mit internen Audits überprüfen wir nach einem Auditplan die Qualitätsstandards und -ziele unseres Krankenhauses. Dabei werden festgelegte Verfahrensprozesse nach Durchführung und Dokumentation in verschiedenen Bereichen und zu verschiedenen Themen auditiert.

### **Fort- und Weiterbildungen**

Jährlich wird ein bedarfsorientierter Fortbildungsplan erstellt. In einer Dienstvereinbarung ist ein System mit Vergabe von Punkten für die Teilnahme an innerbetrieblichen Fort- und Weiterbildungen geregelt. Im Rahmen unseres Personalentwicklungskonzepts wollen wir dadurch Wissen und Befähigung unserer Mitarbeiter auf einem hohen Standard sicherstellen.

Ein Beispiel ist die auch gesetzlich geforderte ärztliche Fortbildung, bei der jeder Arzt jährlich mindestens 50 Punkte Fortbildungspunkte der Ärztekammer erreichen sollte.



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

Ein wichtiges Verfahren im Qualitätsmanagement ist die Etablierung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Dabei werden möglichst tätigkeitsnahe Qualitätsverbesserungen gesucht und zeitnah in der Praxis angewandt.

Da die Leistungen eines Krankenhauses sehr arbeitsteilig sind und viele Einzelprozesse betreffen, ist für die Umsetzung von Qualitätsverbesserungen häufig die Einbindung mehrerer Mitarbeiter, Abteilungen und Hierarchieebenen nötig. Solche Qualitätsverbesserungsvorhaben werden in unserer Klinik als Projekte organisiert. Diese werden hier auszugsweise vorgestellt.

### **hausübergreifend:**

<b>Entwicklung von Behandlungspfaden</b>	
Abteilung	HNO, Chirurgie
Verantwortlich	Oberärztin HNO
Projektziel	Prozesssteuerung und Prozessoptimierung durch Erstellung von mindestens einem Behandlungspfad pro Fachabteilung
Zeitraum	20.05.2008 – 2009

### **Erarbeitung eines Pflegekonzepts**

Abteilung	alle Pflegebereiche
Verantwortlich	Pflegedirektor
Projektziel	Auswahl und Erarbeitung eines Pflegemodells sowie Pflegeleitbildes
Zeitraum	22.07.2008 – 2009

### **Einführung eines Risikomanagements - CIRS**

Abteilung	alle Bereiche
Verantwortlich	Leiter Innenrevision
Projektziel	Entwicklung und Einführung eines Risiko- und Fehlermanagements zur frühzeitigen Abwehr von Risiken sowie deren Minimierung
Zeitraum	22.07.2008 – 2009



**hausintern:**

<b>OP - Management</b>	
Abteilung	OP
Verantwortlich	Oberärztin
Projektziel	Durch die Erstellung eines OP – Statuts sollen interne Prozesse und Schnittstellen zu niedergelassenen Ärzten, die bei uns ambulant operieren verbessert werden.
Zeitraum	22.07.2008 – 2009

<b>Arzneimittel</b>	
Abteilung	alle Bereiche
Verantwortlich	Betriebsleiter, Pflegebereichsleitung
Projektziel	Ziel ist die Darstellung und Verbesserung der Strukturen, Abläufe und Prozesse zur Thematik Arzneimittel
Zeitraum	02.06.2008 – 2009

Weiterhin erfolgt der kontinuierliche Verbesserungsprozess nicht nur durch die Durchführung von zeitlich festgesetzten Projekten und Projektgruppen, sondern auch durch hausinterne, ständige Arbeitsgruppen, die zeitlich unbegrenzt der Erhaltung und Erhöhung von Verbesserungspotenzialen dienen, wie beispielsweise:

<b>Pflege-, Behandlungs- und Hygieneleitlinien</b>	
Abteilung	alle Bereiche
Verantwortlich	Pflegebereichsleitung, Hygienefachkraft
Projektziel	Die Pflege-, Behandlungs- und Hygieneleitlinien unterliegen der ständigen Anpassung an Änderungen im Krankenhausbetrieb, um somit der optimalen Patientenversorgung gerecht zu werden.

<b>Einarbeitung neuer Mitarbeiter</b>	
Abteilung	alle Bereiche
Verantwortlich	Pflegebereichsleitung
Projektziel	Die vorhandenen Einarbeitungskonzepte unterliegen der ständigen Kontrolle und Angleichung an veränderte Prozesse und ermöglichen so dem neuen Mitarbeiter einen optimalen Start im Krankenhausalltag.



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

### **Allgemeine Zertifizierungsverfahren**

Das Krankenhaus Bethanien Plauen stellte sich im Jahre 2005 erfolgreich dem freiwilligen Zertifizierungsverfahren nach KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität). Im Rahmen dieses Verfahrens erfolgt sowohl eine Selbstbewertung durch das Krankenhaus selbst als auch eine Fremdbewertung durch so genannte Visitoren. Im Rahmen der Selbstbewertung ist von dem Krankenhaus ein Selbstbewertungsbericht nach Vorgaben der KTQ zu erstellen, dessen Inhalt sich auf die Kategorien Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Sicherheit im Krankenhaus, Informationswesen, Krankenhausführung und Qualitätsmanagement bezieht.

Im Jahr 2008 begann die Vorbereitung der Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2008 durch zahlreiche Projektgruppen. Weiterhin werden umfangreiche Prozessdefinitionen, die Überarbeitung der Dokumentation und Mitarbeiter Schulungen durchgeführt und durch interne Audits überprüft. Die erste Zertifizierung nach der DIN EN ISO 9001:2008 ist für das Jahr 2009 geplant.