



Qualitätsbericht 2022

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

Erstellt am 31.12.2023

Inhaltsverzeichnis

-	Einleitung	4
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	7
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	7
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	8
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus.....	8
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	8
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	11
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	12
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	14
A-9	Anzahl der Betten	15
A-10	Gesamtfallzahlen	15
A-11	Personal des Krankenhauses.....	16
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	24
A-13	Besondere apparative Ausstattung.....	40
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V.....	40
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	42
B-1	Klinik für Akutgeriatrie	42
C	Qualitätssicherung.....	55
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	55
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate.....	55
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung.....	57
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....	69

C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V.....	69
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	69
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	70
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.....	70
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	70
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	70
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)	71
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	71
D	Qualitätsmanagement.....	72
D-1	Qualitätspolitik	72
D-2	Qualitätsziele.....	72
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	73
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	74
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte.....	77
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements.....	78

- Einleitung

Strukturierter Qualitätsbericht

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion	Prozessmanager
Titel, Vorname, Name	Maximilian Würfel
Telefon	06221/319-3341
E-Mail	maximilian.wuerfel@agaplesion.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Funktion	Geschäftsführung
Titel, Vorname, Name	Tim Allendörfer
Telefon	06221/319-1601
Fax	06221/319-1605
E-Mail	birgit.pfeifer@agaplesoin.de



Abb. 1: Tim Allendörfer
Geschäftsführer

Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses:

<https://www.bethanien-heidelberg.de/start>

Link zu weiterführenden Informationen:

Sehr geehrte Leser:innen,

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

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

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

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

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

Mit freundlichen Grüßen aus Frankfurt am Main



Dr. Markus Horneber
Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG



Jörg Marx
Stv. Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

das AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG ist ein Fachkrankenhaus für Altersmedizin (Geriatric) und damit auf die Behandlung älterer Menschen spezialisiert. Als Geriatisches Zentrum der Universitätsklinik Heidelberg und eines von sieben Geriatischen Zentren im Land Baden-Württemberg nimmt es überregional den Versorgungsauftrag für geriatrische Patient:innen wahr, ist in der klinischen Forschung und Lehre aktiv und bündelt medizinisches Expertenwissen in Zusammenarbeit mit der Universität Heidelberg.



Unsere Bereiche umfassen:

1. Akutgeriatrie:
palliativmedizinische Geriatrie, Geriatisch Internistische Station für akut erkrankte Demenzpatienten, Schlaganfallversorgung, Überwachungsbetten
2. Stationäre geriatrische Rehabilitation
3. Ambulante geriatrische Rehabilitation

Abb. 2: AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG

Das AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG ist ein Unternehmen im diakonischen Einrichtungsverbund AGAPLESION gemeinnützige AG. Trägerin der Einrichtung ist die AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG gemeinnützige GmbH mit Sitz in Heidelberg.

Bereits 2002 wurde im AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG ein Qualitätsmanagementsystem eingeführt. Qualitätsmanagement (QM) bedeutet, dass alle Bereiche in der Klinik – von der ärztlichen und pflegerischen Behandlung bis zur Verwaltung – begutachtet, regelmäßig kontrolliert und die Umsetzung anhand messbarer Kriterien kontinuierlich überprüft wird. Dabei muss das Ergebnis für die Patient:innen spürbar sein und die Kund:innenzufriedenheit erhöht werden. Darum geht es uns!

„Qualität ist das Gegenteil von Zufall“, sagt ein Sprichwort. Was das konkret umfasst und bedeutet, erfahren Sie auf den folgenden Seiten im Qualitätsbericht für das Jahr 2022. Es ist uns wichtig, hochwertige Standards zu schaffen, Althergebrachtes in Frage zu stellen, Bewährtes festzuschreiben und Neues kontinuierlich fortzuentwickeln.

Wir hoffen, Ihnen mit dem vorliegenden Bericht und den darin enthaltenen Zahlen, Daten und Fakten einen guten, umfassenden Einblick in unsere Leistungen und Angebote zu bieten. Bei Fragen steht Ihnen unsere Qualitätsmanagementbeauftragte, Frau Maren Sohn, per E-Mail zur Verfügung: maren.sohn@agaplesion.de

Weitere Informationen finden Sie unter www.bethanien-heidelberg.de.

Die Betriebsleitung, vertreten durch Tim Allendörfer, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Heidelberg, im November 2023

Tim Allendörfer
Geschäftsführer
AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2022:

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA seit März 2020 die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA-Beschluss vom 27. März 2020 bzw. 21. April 2022). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2022 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte können sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2022 widerspiegeln. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht.

Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2022 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus	
Krankenhausname	AGAPLESION BETHANIE KRAKENHAUS HEIDELBERG
Hausanschrift	Rohrbacher Straße 149 69126 Heidelberg
Zentrales Telefon	06221/319-0
Fax	06221/319-1435
Zentrale E-Mail	info.gzb@agaplesion.de
Postanschrift	Rohrbacher Straße 149 69126 Heidelberg
Institutionskennzeichen	260822231
Standortnummer aus dem Standortregister	771204000
Standortnummer (alt)	00
URL	http://www.bethanien-heidelberg.de

Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Ärztlicher Direktor / Chefarzt Akutgeriatrie
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Jürgen M. Bauer
Telefon	06221/319-1501
Fax	06221/319-1505
E-Mail	Chefarztsekretariat.GZB@agaplesion.de



*Abb. 3: Prof. Dr. Jürgen M. Bauer
Ärztlicher Direktor und Chefarzt
Akutgeriatrie*

Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin	
Funktion	Pflegedirektor seit 09. 2023
Titel, Vorname, Name	Sebastian Schäfer
Telefon	06221/319-1401
Fax	06221/319-1405
E-Mail	Beate.Yurteri@agaplesion.de

Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin	
Funktion	Geschäftsführung seit 07. 2023
Titel, Vorname, Name	Tim Allendörfer
Telefon	06221/319-1601
Fax	06221/319-1605
E-Mail	Birgit.Pfeifer@agaplesion.de



Abb. 4: Tim Allendörfer
Geschäftsführer

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger	
Name	AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG gemeinnützige GmbH
Art	Freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhausart	
Krankenhausart	Akademisches Lehrkrankenhaus
Universität	Klinikum der Universität Heidelberg

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	Individuelle Angehörigenberatung; sozialrechtliche Beratung durch Sozialdienst; Veranstaltungsreihe für Angehörige von Demenzpatienten
MP04	Atemgymnastik/-therapie	Erfolgt regelmäßig durch ausgebildete Physiotherapeut:innen
MP06	Basale Stimulation	Durch Mitarbeiter:innen der Ergotherapie, insbesondere bei Patient:innen in einer Palliativsituation und bei Menschen mit Demenz

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Palliativbereich, Abschiedsraum, Mitarbeitende mit Palliativweiterbildung, Abschiedsgottesdienst für Angehörige einmal im Quartal, Beileidskarte an die Angehörigen aller verstorbenen Patient:innen
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	Poststationäres Trainingsangebot durch REGE e.V.: Das Präventions- und Rehabilitationstraining für ältere Menschen wurde von Sportwissenschaftler:innen unseres Hauses entwickelt. Ziel ist es, im Alter die Mobilität und Kraft gezielt zu fördern.
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	Bei neurologischen Patient:innen durch ausgebildete Therapeut:innen
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	Ernährungsberatung
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Bei Diabetes, Unter- und Überernährung
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	Entlassmanagement; unsere Klinik setzt in Zusammenarbeit mit der AOK das integrierte Versorgungsmodell „Geriatrisches Netzwerk zur Optimierung der medizinischen Versorgung im Alten- und Pflegeheim“ um (s. A-12.4). Ein endgültiger Entlassbrief wird am Entlasstag an die Hausarztpraxis gefaxt.
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	Breites ergotherapeutisches Angebot insbesondere bei demenziell Erkrankten sowie Patient:innen nach Schlaganfall. Alle Patient:innen der frührehabilitativen geriatrischen Komplexbehandlung werden ergotherapeutisch behandelt. Hilfsmittelberatung, -erprobung und -versorgung durch Ergotherapeut:innen.
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	fallbegleitende Behandlungssteuerung durch interdisziplinäres Team
MP21	Kinästhetik	Durch ausgebildete Pflegekräfte
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	Die Beratung und Versorgung von Patient:innen mit Inkontinenz erfolgt durch die Mitarbeiter:innen der Stabstelle Kontinenzberatung, ausgewiesenen Pflegeexpert:innen für Kontinenzförderung.
MP24	Manuelle Lymphdrainage	Durch ausgebildete Physiotherapeut:innen

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP25	Massage	Durch ausgebildete Physiotherapeut:innen
MP26	Medizinische Fußpflege	Wird bei Bedarf von externen Dienstleistern angeboten
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	Durch ausgebildete Physiotherapeut:innen
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	Physikalische Therapie durch ausgebildete Physiotherapeut:innen
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	Die Mehrzahl der Patient:innen erhält Physiotherapie in Einzeltherapie.
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	Seminarangebote bei der kooperierenden Akademie im Haus
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychozialdienst	Testung bei Verdacht auf demenzielle Entwicklung
MP37	Schmerztherapie/-management	Interdisziplinär
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	Zu allen geriatrischen Syndromen
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	Durch ausgebildete Ergotherapeut:innen
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	Stimm-, Sprach- und Schlucktherapie sowie Schluckdiagnostik durch unsere Mitarbeiter:innen der Logopädie
MP45	Stomatherapie/-beratung	Die Beratung und Versorgung von Stomapatienten erfolgt durch unsere Pflegeexpertinnen für Kontinenzförderung.
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	Umfassende Hilfsmittelberatung, -erprobung und -verordnung durch Physio- und Ergotherapeut:innen; Wohnraumanpassung/-beratung durch externen Dienstleister
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	Im Rahmen der physikalischen Therapie
MP51	Wundmanagement	Wir haben Pflegekräfte als Wundexpert:innen nach den Kriterien der ICW (Initiative Chronische Wunde) geschult.
MP53	Aromapflege/-therapie	Auf unserer Palliativ- und Schlaganfallereinheit ergänzen Expert:innen für Aromapflege (Primavera®) die Pflege und Behandlung der Patient:innen gemäß unserem Aromapflege-Konzept.
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	Durch ausgebildete Ergotherapeut:innen und Psycholog:innen, Tovertafeln

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	Durch ausgebildete Physiotherapeut:innen
MP63	Sozialdienst	Der Sozialdienst ist bei allen Patient:innen, die im Rahmen der frührehabilitativen Komplexbehandlung behandelt werden und bei einem Teil der restlichen Patient:innen involviert. Beratung, Information und Unterstützung der Patient:innen und Angehörigen auch bei Anträgen der poststat. Versorgung
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Aktion Saubere Hände, regelmäßige Vortragsreihe "Altersfragen", Fachvorträge durch Mitarbeiter:innen des Hauses in anderen Einrichtungen,
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen	Spezielle Therapien auf neurophysiologischer Grundlage (WB): Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF), Bobath, Affolter, Vojta. Dysphagietherapie mit orofazialer Stimulation
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	Das Geriatrische Netzwerk zur Optimierung der medizinischen Versorgung im Alten- und Pflegeheim ist ein integriertes Versorgungsmodell, das wir in Zusammenarbeit mit der AOK umsetzen. Es hat zum Ziel, die medizinische und pflegerische Versorgung von Pflegeheimbewohner:innen nachhaltig zu verbessern.

Weitere medizinisch-pflegerische Leistungsangebote finden Sie unter B-1.3.

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM10	Zwei-Bett-Zimmer		16 Zimmer
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		7 Zimmer
NM02	Ein-Bett-Zimmer		2 Zimmer
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		6 Zimmer
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		ist möglich
NM40	Empfangs- und Begleitsdienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besucher durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter		Grüne Damen, Patientenführsprecher:in

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM42	Seelsorge		Betreuung, Gottesdienste und Gedenkgottesdienste für Verstorbene (ausgesetzt während der Coronapandemie)
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		Vortragsreihe "Altersfragen" für Patient:innen, Angehörige und Interessierte (während der Coronapandemie ausgesetzt)
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)		
NM68	Abschiedsraum		
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		Informationsblatt der Krankenhausstationen (Telefon, Fernsehgerät, Patienten-WLAN); Premiumstation: Tresor und Fernsehgerät in jedem Zimmer vorhanden; Telefon, WLAN

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Funktion	Schwerbehindertenvertreterin
Titel, Vorname, Name	Christiane von Roth-White
Telefon	06221/319-1501
Fax	06221/319-1505
E-Mail	sbv.gzb@agaplesion.de

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	
BF11	Besondere personelle Unterstützung	Begleitung der Patient:innen zu Therapie und Diagnostik

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF15	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	Die geriatrisch internistische Station für akut erkrankte Demenzpatient:innen (GISAD) wurde in unserem Haus entwickelt und 2004 im Rahmen eines Modellprojektes als eine der ersten dieser Art eröffnet. Sie dient Patient:innen mit herausforderndem Verhalten als „geschützter Bereich“.
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	Die geriatrisch internistische Station für akut erkrankte Demenzpatient:innen ist eine spezialisierte Behandlungseinheit für Patient:innen, die an Demenz oder Verwirrheitszuständen leiden. Zusätzlich zu den Therapieeinheiten finden hier tagesstrukturierende Angebote durch Präsenzkkräfte statt.
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Niedrigflurbetten für Patient:innen mit geringer Körpergröße und/oder Sturzgefährdung, elektrisch verstellbare Betten, Bettverlängerung bei Patient:innen mit "Übergröße"
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	in Kooperation mit Radiologischer Praxis, CT bis 270 kg
BF20	Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Blutdruckmanschetten mit Übergröße
BF21	Hilfsmittel zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF22	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Rollstühle mit Überbreite
BF24	Diätische Angebote	Allergien, Dysphagien sowie der Ernährungszustand unserer Patient:innen werden beim Speisenangebot berücksichtigt.
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	Die Fremdsprachenkenntnisse unserer Mitarbeitenden sind aufgelistet und können bei Bedarf in Anspruch genommen werden. Zur Unterstützung der Aufklärung von und der Kommunikation mit türkischen und russischen Patient:innen kommt eine mit Piktogrammen hinterlegte Übersetzungshilfe zum Einsatz.
BF32	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung	
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	
BF37	Aufzug mit visueller Anzeige	
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen	

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	
BF35	Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen	
BF41	Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme	

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Als Geriatisches Zentrum der Universität Heidelberg und aufgrund der seit 2016 geschaffenen W3-Professur für Geriatrie, die von Prof. Dr. Jürgen M. Bauer begleitet wird, nimmt die Forschung und die studentische Ausbildung große Bedeutung ein. Detaillierte Informationen zur Forschungsarbeit unseres Hauses entnehmen Sie bitte dem jährlich erscheinenden Forschungsbericht.

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	Prof. Dr. Jürgen M. Bauer, W3-Professur für Geriatrie, Universität Heidelberg; Prof. Dr. Klaus Hauer, APL-Professur, Universität Heidelberg; Prof. Dr. Clemens Becker, Lead Unit Digitale Geriatrie, Universität Heidelberg weitere MA:innen sind durch Lehraufträge in die stud. Ausbildung einbezogen
FL02	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen	Prof. Dr. Petra Benzinger, Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Kempten
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Im Rahmen obiger Professuren sowie als Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Heidelberg beteiligen sich unsere Mitarbeiter:innen am Studierendenunterricht im Fach Geriatrie sowie an der Ausbildung im Praktischen Jahr. Ferner werden regelhaft Famulaturen in unserem Haus abgeleistet.
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	Im Rahmen national und international kompetitiv eingeworbener Projekte besteht eine intensive Zusammenarbeit mit in- und ausländischen akademischen Institutionen.

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL07	Initiierung und Leitung von Uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien	Initiierung und Beteiligung an einer Vielzahl von Investigator initiated Trials, so zum Beispiel an drei Projekten des Innovationsfonds des GBA.
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher	Herausgeberschaft und Mitglied des wissenschaftlichen Beirates zahlreicher Zeitschriften auf den Gebieten Geriatrie, Gerontologie, Innere Medizin und Ernährung durch Prof. Dr. Jürgen M. Bauer und Prof. Dr. Klaus Hauer.
FL09	Doktorandenbetreuung	Diese erfolgt durch Prof. Dr. Jürgen M. Bauer, Prof. Dr. Klaus Hauer und Prof. Dr. Petra Benzinger.

Wir gewährleisten als Lehrkrankenhaus der Universität Heidelberg die Ausbildung der Medizinstudenten im Querschnittsfach Geriatrie.

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB03	Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut	Praktische Ausbildung in Zusammenarbeit mit: - Akademie für Gesundheitsberufe Heidelberg, Schule für Physiotherapie - SRH Hochschule Heidelberg, Abteilung Physiotherapie
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger	praktische Ausbildungsstätte
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	
HB21	Altenpflegerin, Altenpfleger	

A-9 Anzahl der Betten

Betten	
Betten	105

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	1119
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	0
Fallzahl stationsäquivalente psychiatrische Behandlung	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die Angaben zum ärztlichen Personal sind auch unter B-1.11.1 dargestellt.

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 16,08

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	16,08	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	16,08	
Nicht direkt	0	

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,6

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,6	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,6	
Nicht direkt	0	

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

Anzahl: 0

A-11.2 Pflegepersonal

Die Angaben zum Pflegepersonal des Krankenhauses sind nochmals unter B-1.11.2 dargestellt.

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 30,25

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	30,25	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	30,2	
Nicht direkt	0,05	

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 26,06

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	26,06	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	26,06	
Nicht direkt	0	

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 7,95

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,95	inkl. Altenpflegehelfer:in (Ausbildung 1 Jahr); davon 0,27 geringfügig Beschäftigte. Zusätzlich waren 0,68 Altenpflegehilfeschüler:innen eingesetzt
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,95	inkl. Altenpflegehelfer:in (Ausbildung 1 Jahr); davon 0,27 geringfügig Beschäftigte. Zusätzlich waren 0,68 Altenpflegehilfeschüler:innen eingesetzt
Nicht direkt	0	

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 7,1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,1	Pflegehelfer:innen ohne Qualifikation (davon 2,83 geringfügig Beschäftigte), zusätzlich waren 3,50 Stationshilfen sowie 1,25 Stationssekretärinnen eingesetzt
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,1	Pflegehelfer:innen ohne Qualifikation (davon 2,83 geringfügig Beschäftigte), zusätzlich waren 3,50 Stationshilfen sowie 1,25 Stationssekretärinnen eingesetzt
Nicht direkt	0	

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0,88

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,88	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,88	
Nicht direkt	0	

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 3,81

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,81	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,81	
Nicht direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 2,13

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,13	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,13	
Nicht direkt	0	

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 8,67

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,67	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,67	davon 0,77 Therapieassistent:innen
Nicht direkt	0	

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Anzahl Vollkräfte: 0,57

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,57	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,57	
Nicht direkt	0	

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Anzahl Vollkräfte: 1,63

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,63	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,63	
Nicht direkt	0	

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Anzahl Vollkräfte: 3,18

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,18	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,18	
Nicht direkt	0	

SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Anzahl Vollkräfte: 1,2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,2	
Nicht direkt	0	

SP60 - Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation

Anzahl Vollkräfte: 1,35

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,35	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,35	
Nicht direkt	0	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Eine Ansprechperson für das Qualitätsmanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. Unter der Berücksichtigung der Bedürfnisse und Wünsche unserer Patient:innen, ihrer Angehörigen, unserer Kooperationspartner:innen aber auch der einweisenden Ärzt:innen und Mitarbeiter:innen, hat das Qualitätsmanagement eine fortlaufende Weiterentwicklung und Verbesserung der Qualität in allen Bereichen zum Ziel. Dabei arbeitet die Qualitätsmanagementbeauftragte eng mit allen Mitarbeitenden und Führungskräften zusammen.

Verantwortliche Person des einrichtungswinteren Qualitätsmanagements	
Funktion	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Maren Sohn
Telefon	06221/319-1780
E-Mail	Maren.Sohn@agaplesion.de



Abb. 5: Maren Sohn ist verantwortlich für das Qualitätsmanagement

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium	
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	- Wöchentlicher Jour Fixe mit der Geschäftsführung - Vierteljährlich Expertenboard Prozess- und Qualitätsmanagement: Treffen aller Qualitätsmanagementbeauftragten konzernweit
Tagungsfrequenz des Gremiums	wöchentlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Eine Ansprechpartnerin für das Risikomanagement mit klaren Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. Die Risikomanagementbeauftragte steht der Betriebsleitung für alle Fragen rund um das Risikomanagement beratend zur Seite. Ziel des Risikomanagements ist es, Risiken frühzeitig zu erkennen, zu bewerten und zu vermindern bzw. zu beseitigen. Der Risikomanager unserer Einrichtung arbeitet eng mit unserer Qualitätsmanagementbeauftragten zusammen.

Angaben zur Person	
Angaben zur Person	Entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement

Funktion	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Maren Sohn
Telefon	06221/319-1780
E-Mail	Maren.Sohn@agaplesion.de



Abb. 6: Maren Sohn
Verantwortliche für das klinische Risikomanagement

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe

Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe	Ja - Wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	<ul style="list-style-type: none"> - Wöchentlicher Jour Fixe mit der Geschäftsführung - Vierteljährlich Expertenboard Prozess- und Qualitätsmanagement: Treffen aller Qualitätsmanagementbeauftragten konzernweit
Tagungsfrequenz des Gremiums	wöchentlich

A-12.2.3 *Instrumente und Maßnahmen*

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: AGA Qualitäts- und Risikomanagement (Konzernrichtlinie) Datum: 08.08.2019	Bewertung des Managementsystems und des Risikomanagements durch die Betriebsleitung u. a. unter Berücksichtigung der für das Haus ausgemachten Risiken und der Vorgaben der DIN EN ISO 9001:2015. Außerdem gibt es u. a. Regelungen zu den Themen: Mitarbeiter:innenbefragung, Meinungsmanagement, Qualitätspolitik, Interne/ externe Qualitätssicherung, Management- und Risikobewertung, Dokumentenmanagement, Audit, CIRS, Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen , Patient:innensicherheit.

RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		Vorgegebene Pflichtschulungen im Rahmen der Innerbetrieblichen Fortbildung; E-Learning-Angebote für alle Mitarbeitenden; vielfältiges Angebot berufsgruppenspezifischer Fort- und Weiterbildungen, Unterweisungen im Dokumentenmanagementsystem, etc.
RM03	Mitarbeiterbefragungen		Die Zufriedenheit unserer Mitarbeiter:innen beeinflusst wesentlich die Qualität unserer Einrichtung. Durch anonyme Mitarbeiter:innenbefragung des Konzerns haben alle Mitarbeiter:innen eine Möglichkeit sich aktiv einzubringen.
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Name: Verfahrensanweisung Notfallmanagement Datum: 23.09.2021	Einmaliger Grundlagenkurs Notfallmanagement für alle Ärzte und Ärztinnen sowie Pflegekräfte; danach alle zwei Jahre Refresher-Training
RM05	Schmerzmanagement	Name: Verfahrensanweisung Schmerzmanagement Datum: 14.09.2023	Interdisziplinärer Standard auf Grundlage des Nationalen Expertenstandards "Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen"
RM06	Sturzprophylaxe	Name: Pflegestandard Sturzprophylaxe Datum: 28.09.2020	Unter Berücksichtigung des Nationalen Expertenstandards „Sturzprophylaxe in der Pflege“
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Name: Pflegestandard Dekubitusprophylaxe Datum: 07.09.2020	Auf Grundlage des Nationalen Expertenstandards „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“

RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Name: Verfahrensweisung Freiheitsentziehende Maßnahmen Datum: 28.05.2018	Wir versuchen bei der Betreuung unserer Patient:innen weitestgehend auf freiheitsentziehende Maßnahmen zu verzichten.
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Name: Meldung Vorkommnisse Medprodukte (Konzernrichtlinie); Verfahrensweisung "Anweisung für Anwender" Datum: 26.07.2021	Auf allen Stationen sind geschulte stellvertretende beauftragte Personen gem. §5 MPBetreibV benannt. Diese übernehmen die Einweisungen ihrer Kolleg:innen. Der Ablauf im Umgang mit Funktionsausfällen bei Medizinprodukten und sonstigen Mängeln ist geregelt. Die fachliche Betreuung erfolgt durch eine Tochtergesellschaft des Konzerns.
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen - Palliativbesprechungen - Qualitätszirkel	Außerdem Durchführung von wöchentlichen fallbezogenen Teambesprechungen. Diese stellen das Kernstück geriatrischer Behandlung dar. Im interdisziplinären Informationsaustausch wird der Behandlungsprozess strukturiert und effizient auf den:die Patient:in abgestimmt.

RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		Wir setzen standardisierte Aufklärungsbögen ein, um unsere Patient:innen in die Lage zu versetzen, ihre medizinische Situation soweit zu verstehen, damit sie eine fundierte Entscheidung über die einzuschlagende medizinische Vorgehensweise partnerschaftlich mitentscheiden können.
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Name: Verfahrensanweisung Umgang mit dem Patienten-Identifikationsarmband Datum: 07.02.2023	Das Patienten-Identifikationsarmband dient während des gesamten Krankenhausaufenthaltes dazu, die Identität der Patient:innen bei allen Diagnose- und Behandlungsschritten festzustellen, um das Risiko von Verwechslungen und deren Folgen zu vermeiden. Dies orientiert sich an der vom Aktionsbündnis Patientensicherheit herausgegebenen Handlungsempfehlung.
RM18	Entlassungsmanagement	Name: Verfahrensanweisung Entlassmanagement inkl. mitgeltende Unterlagen Datum: 09.05.2023	Das Entlassmanagement soll eine reibungslose Entlassung und eine nahtlose Weiterversorgung der Patient:innen im nachstationären Setting sicherstellen.

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

Internes Fehlermeldesystem Ja

Regelmäßige Bewertung Ja

Tagungsfrequenz des Gremiums bei Bedarf

Verbesserung Patientensicherheit Die Einrichtung verfügt über ein Meldesystem für kritische Ereignisse (CIRS); Patientenidentifikationsarmbänder sind eingeführt; Es besteht ein Etikettierungssystem, um Verwechslung von Spritzen zu vermeiden; Zudem gibt es bei der Medikamentenstellung und -gabe das Vier-Augen-Prinzip.

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	05.03.2021
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	jährlich

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Übergreifendes Fehlermeldesystem

Übergreifendes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	bei Bedarf

Nr.	Instrument und Maßnahme	Kommentar
EF00	Sonstiges	<ul style="list-style-type: none"> - CIRSmedical.de ist ein anonymes Berichts- und Lernsystem der deutschen Ärzteschaft für kritische Ereignisse in der Medizin. Es ermöglicht gegenseitiges Lernen aus Fehlern und kritischen Ereignissen. - Es gibt ein konzernweites CIRS-Meldesystem mit Veröffentlichung eines "CIRS-Fall des Monats".

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaustygienikern	2	Betreuung durch AGAPLESION HYGIENE - Institut für Hygiene & Umweltmedizin
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	1	Wir erfüllen die Vorgaben des Landesrechts BW.
Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	1	fest angestellte Hygienefachkraft in Teilzeit 80%
Hygienebeauftragte in der Pflege	4	Hygienebeauftragte in der Pflege und Therapie (40 Unterrichtseinheiten à 45 min)

Hygienekommission

Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich

Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission

Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Jürgen M. Bauer
Telefon	06221/319-1501
Fax	06221/319-1505
E-Mail	Chefarztsekretariat.GZB@agaplesion.de



Abb. 7: Prof. Jürgen M. Bauer ist Vorsitzender der Hygienekommission

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

Die Liegedauer der zentralen Venenkatheter wird in KISS dokumentiert.

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie

Die Leitlinie liegt vor Nein

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe

Der Standard liegt vor Am Standort werden keine Operationen durchgeführt

Wir führen in unserem Haus keine Operationen durch. Es gibt daher keine Notwendigkeit für einen Standard zur perioperativen Antibiotika-Prophylaxe.

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

zu e) Meldung der postoperativen Wundinfektion: Wir führen in unserem Haus keine Operationen durch.

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Händedesinfektionsmittelverbrauch	
Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	45,00 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
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Teilnahme (ohne Zertifikat)	Die "Aktion Saubere Hände" ist eine nationale Kampagne zur Reduktion nosokomialer Infektionen und Übertragungen von multiresistenten Erregern durch die Verbesserung der Händedesinfektions-Compliance in deutschen Gesundheitseinrichtungen.
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	HAND-KISS	
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name: MRE - Netzwerk	Ziel des MRE-Netzwerkes ist es, durch die Zusammenarbeit aller Kliniken und Gesundheitsämter der weiteren Zunahme von multiresistenten Erregern vorzubeugen und das Auftreten von MRE so weit wie möglich zu reduzieren.
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		Wir nutzen ausschließlich Einmalinstrumente.
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		Schulungen zu hygienerelevanten Themen erfolgen auch berufsgruppenbezogen. Ein Fortbildungsplan ist vorhanden.

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja	Unser Meinungsmanagement, orientiert sich an dem in der Literatur ausgewiesenen Beschwerdemanagementprozess. AGAPLESION hat sich bewusst für die Formulierung "Meinungsmanagement" entschieden, da dieser Begriff sämtliche Meinungsäußerungen, wie Lob, Anregungen und Beschwerden umfasst. Die Beschwerde deckt Möglichkeiten zur Qualitätsverbesserung auf, hilft zukünftige Beschwerden zu vermeiden und ist deshalb für uns besonders wichtig.

<p>Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)</p>	<p>Ja</p>	<p>Zu unserem Beschwerdemanagement (unserem sogenannten Meinungsmanagement) liegt ein schriftliches und verbindliches Konzept vor. Dieses regelt u. a. die Meinungsstimulierung, Meinungsannahme, Meinungsbearbeitung und Meinungsauswertung. Jede nichtanonymisierte Meldung, die im Meinungsmanagement eingeht, wird von uns schriftlich beantwortet.</p>
<p>Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden</p>	<p>Ja</p>	<p>Anregungen, Kritik oder Lob können Patient:innen, Angehörige und Besucher:innen gerne jederzeit vertrauensvoll gegenüber unseren Mitarbeiter:innen äußern. Unser Team wird versuchen, individuelle Wünsche und Bedürfnisse zu realisieren. Auch unsere Meinungsmanagementbeauftragte nimmt gerne Ihre Rückmeldung entgegen. Deren Kontaktdaten sind veröffentlicht und für jeden zugänglich, so dass eine Meinung schriftlich, telefonisch oder auch elektronisch mitgeteilt werden kann.</p>
<p>Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden</p>	<p>Ja</p>	<p>Jede:r Patient:in erhält bei Aufnahme den Meinungsbogen „Ihre Meinung ist uns wichtig“, mit dem er Beschwerden, Lob und Anregungen rückmelden kann. Für Angehörige, Besucher:innen und Mitarbeitende sind im Eingangsbereich unseres Hauses Meinungsbögen ausgelegt. Sofern gewünscht, sind unsere Mitarbeiter:innen beim Ausfüllen des Meinungsbogens behilflich. Diese können am Empfang abgegeben oder in den dafür vorgesehenen Briefkasten eingeworfen werden. Zudem kann der Bogen online ausgefüllt werden.</p>
<p>Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert</p>	<p>Ja</p>	<p>Sofern die Kontaktdaten des Beschwerdeführers vorliegen und es sich um eine Beschwerde handelt, streben wir innerhalb von fünf Tagen eine Rückmeldung an. Benötigt die Beschwerdebearbeitung mehr Zeit, so wird der Beschwerdeführer über den aktuellen Zwischenstand der Beschwerdebearbeitung informiert.</p>

Regelmäßige Einweiserbefragungen

Durchgeführt Ja

Link

Kommentar Unsere Klinik setzt in Zusammenarbeit mit der AOK das integrierte Versorgungsmodell „Geriatrisches Netzwerk zur Optimierung der medizinischen Versorgung im Alten- und Pflegeheim“ um. Dieses Modell hat u. a. eine verbesserte partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Hausärzt:innen zum Ziel. Außerdem finden Befragungen der einweisenden Ärzt:innen und ein enger persönlicher Austausch statt.

Regelmäßige Patientenbefragungen

Durchgeführt Ja

Link

Kommentar Bei der Verbesserung unserer Prozesse orientieren wir uns an den Wünschen und Bedürfnissen unserer Patient:innen. Deshalb befragen wir jeden Patienten und jede Patientin bzw. die Angehörige/nachsorgende Einrichtung mittels Rückmeldebogen zur stattgefundenen Entlassvorbereitung und -umsetzung.

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

Möglich Ja

Link <http://www.bethanien-heidelberg.de/Meinungsmanagement.5728.0.html>

Kommentar Vertraulichkeit hat bei uns einen hohen Stellenwert. Die „Angaben zur Person“ auf dem Meinungsbogen sind freiwillig. Somit kann die Abgabe auch anonym erfolgen. Eine anonyme Meinungsäußerung ist auch über die Eingabeseite unserer Homepage möglich.

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Funktion Meinungsmanagement

Titel, Vorname, Name Beate Yurteri

Telefon 06221/319-1401

Fax 06221/319-1405

E-Mail ihremeinung.gzb@agaplesion.de



Abb. 8: Beate Yurteri nimmt Lob und Beschwerden entgegen

Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements

Link zum Bericht https://www.bethanien-heidelberg.de/fileadmin/Agaplesion_bkh_heidelberg/Berichte/Qualitaetsbericht2017_Bethanien-Krankenhaus-Heidelberg_2018-12-10.pdf

Kommentar Unter <https://www.bethanien-heidelberg.de/ueber-uns/qualitaet/meinungsbogen> finden Sie das Online-Meinungsformular.

Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher

Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher

Funktion	Patientenfürsprecher
Titel, Vorname, Name	Herbert W. Rabl
Telefon	06221/319-0
E-Mail	info.gzb@agaplesion.de



Abb. 9: Herbert Rabl ist Patientenfürsprecher in der stationären Rehabilitation

Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher

Funktion	Patientenfürsprecherin
Titel, Vorname, Name	Cornelia Schati
Telefon	06221/319-0
E-Mail	info.gzb@agaplesion.de



Abb. 10: Cornelia Schati ist Patientenfürsprecherin in der Akutgeriatrie

Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprechern

Kommentar	Der/die Patientenfürsprecher:in bietet Sprechstunden an und besucht Patient:innen regelmäßig im Zimmer. Bei Bedarf vermitteln sie bei Unzufriedenheit bzw. Konflikten zwischen Patient:innen, Angehörigen und Mitarbeiter:innen. Der Kontakt zu den Patientenfürsprecher:innen wird bei Bedarf am Empfang vermittelt. Durch die Unabhängigkeit der ehrenamtlich Tätigen soll die Hemmschwelle für Meinungsäußerungen gesenkt werden.
------------------	--

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 - andere
Name des verantwortlichen Gremiums oder der verantwortlichen Arbeitsgruppe:	Regelmäßige Teilnahme in der Arzneimittelkommission des Universitätsklinikums Heidelberg
Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	Alle Abteilungen des Krankenhauses

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	Oberarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Sebastian Baron
Telefon	06221/319-1501
Fax	06221/319-1505
E-Mail	sebastian.baron@agaplesion.de



Abb. 11: Dr. Sebastian Baron verantwortet die Arbeitsgruppe Arzneimittelsicherheit

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

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

Erläuterungen

Die Betreuung erfolgt über die Apotheke des Universitätsklinikums Heidelberg.

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z. B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat. Die folgenden Aspekte können, gegebenenfalls unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden:

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese:
Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ursprünglichen Medikation des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.
- Medikationsprozess im Krankenhaus:
Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen:
Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe –
Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.
Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z.B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller

Kontraindikationen, Wechselwirkungen u.Ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. – verabreichung gemacht werden.

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

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen		Arzneimittelverordnungen und Arzneimitteltherapiesicherheit sind regelmäßiger Bestandteil ärztlicher Fortbildungen.
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)		Verwendung von AiD-Klinik zur Vermeidung von Arzneimittelinteraktionen.
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> - Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (gegebenenfalls vorläufigen) Entlassbriefs - Aushändigung des Medikationsplans - bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten - Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen 	
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Name: Verfahrensanweisung Medikamentenmanagement Letzte Aktualisierung: 07.12.2020	
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)		

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)		
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	- Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen	
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	- Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)	
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln		
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	- Fallbesprechungen - Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2) - Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung	

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

Ja

Kommentar

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

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

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

Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen

Werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt? Nein

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Nein	In Kooperation mit der Radiologischen Praxis im Haus
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Nein	In Kooperation mit der Radiologischen Praxis im Haus
AA01	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Nein	In Kooperation mit der Radiologischen Praxis im Haus
AA32	Szintigraphiescanner/Gamma sonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten	-	In Kooperation mit der Radiologischen Praxis im Haus

A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Alle Krankenhäuser gewährleisten Notfallversorgung und haben allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern im entgeltrechtlichen Sinne geregelt. Das bedeutet, dass Krankenhäuser, die festgelegte Anforderungen an eine von drei Notfallstufen erfüllen, durch Vergütungszuschläge finanziell unterstützt werden. Krankenhäuser, die die Anforderungen an eine der drei Stufen nicht erfüllen, erhalten keine Zuschläge. Nimmt ein Krankenhaus nicht am gestuften System von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber Abschläge vor.

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Wir haben keine Notfallaufnahme.

Stufe der Notfallversorgung des Krankenhauses

Zugeordnete Notfallstufe	Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung
Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung	Nein

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
---	------

Wir haben keine Notfallaufnahme.

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-1 Klinik für Akutgeriatrie

B-1.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Klinik für Akutgeriatrie
Fachabteilungsschlüssel	0200
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Ärztlicher Direktor / Chefarzt Akutgeriatrie
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Jürgen M. Bauer
Telefon	06221/319-1501
Fax	06221/319-1505
E-Mail	Chefarztsekretariat.GZB@agaplesion.de
Straße/Nr	Rohrbacher Straße 149
PLZ/Ort	69126 Heidelberg
Homepage	http://www.bethanien-heidelberg.de



*Abb. 12: Prof. Jürgen M. Bauer
Ärztlicher Leiter*

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

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

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VI00	Geriatrisches Zentrum (Altersmedizin)	
VI00	Palliativmedizin	
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	Konservative Diagnostik und Therapie
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	Konservative Diagnostik und Therapie
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	Konservative Diagnostik und Therapie
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	Konservative Diagnostik und Therapie
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	Schwerpunkt neurodegenerative Erkrankungen

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	Konservative Diagnostik und Therapie
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	Konservative Diagnostik und Therapie
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	Konservative Diagnostik und Therapie
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	Konservative Diagnostik und Therapie
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	Konservative Diagnostik und Therapie
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	Konservative Diagnostik und Therapie
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	Konservative Diagnostik und Therapie
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	Konservative Diagnostik und Therapie
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	Konservative Diagnostik und Therapie
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	Konservative Diagnostik und Therapie
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	Konservative Diagnostik und Therapie
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	Als spezialisierte Einrichtung
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	
VI27	Spezialsprechstunde	Kontinenz, Dysphagie
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	Konservative Diagnostik und Therapie
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	Konservative Diagnostik und Therapie
VI35	Endoskopie	Schluckendoskopie (FEES); Gastroskopie, Coloskopie und PEG-Anlage in Kooperation mit benachbartem Krankenhaus
VI38	Palliativmedizin	Abteilung für Palliativmedizinische Therapie
VI39	Physikalische Therapie	Abteilung für Physikalische Therapie
VI40	Schmerztherapie	
VI42	Transfusionsmedizin	
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	Konservative Diagnostik und Therapie
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns	Konservative Diagnostik und Therapie
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns	Konservative Diagnostik und Therapie
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen	Konservative Diagnostik und Therapie
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen	Konservative Diagnostik und Therapie
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems	Konservative Diagnostik und Therapie
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus	Konservative Diagnostik und Therapie
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems	Konservative Diagnostik und Therapie
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen	Konservative Diagnostik und Therapie
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	Schwerpunkt Krankenhaus bzw. Geriatrisches Zentrum
VN23	Schmerztherapie	
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes	
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	Konservative Diagnostik und Therapie
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien	Konservative Diagnostik und Therapie
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln	Konservative Diagnostik und Therapie
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes	Konservative Diagnostik und Therapie
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	Konservative Diagnostik und Therapie
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane	Konservative Diagnostik und Therapie
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	Unsere "Geriatrische Internistische Station für akut erkrankte Demenzpatienten" ist eine spezialisierte Behandlungseinheit für Patienten, die an Demenz oder Verwirrheitszuständen leiden. Konsildienst mit Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	In Kooperation mit der Radiologischen Praxis im Haus

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VR02	Native Sonographie	
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	In Kooperation mit der Radiologischen Praxis im Haus
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	In Kooperation mit der Radiologischen Praxis im Haus
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	In Kooperation mit der Radiologischen Praxis im Haus
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	In Kooperation mit der Radiologischen Praxis im Haus
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	In Kooperation mit der Radiologischen Praxis im Haus
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	In Kooperation mit der Radiologischen Praxis im Haus
VU01	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten	
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz	Konservative Diagnostik und Therapie
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis	
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters	
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems	Konservative Diagnostik und Therapie
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane	
VU07	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems	
VU09	Neuro-Urologie	
VU14	Spezialsprechstunde	Kontinenzberatung
VX00	Gesundheitszentrum Bethanien	Das Gesundheitszentrum befindet sich in unserem Haus. Untergebracht sind u. a. verschiedene Arztpraxen und ein ambulantes Therapiezentrum. So erreichen wir eine optimale Verzahnung von ambulanten und stationären Dienstleistungen. Gerade für unsere älteren Patienten ist dies von großem Vorteil.
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen	
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren	
VH08	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege	
VH24	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen	

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1119
Teilstationäre Fallzahl	0

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	S72	98	Knochenbruch des Oberschenkels
2	I63	95	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt
3	N39	53	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
4	I50	47	Herzschwäche
5	S32	46	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens
6	E86	41	Flüssigkeitsmangel
7	J18	40	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
8	M80	30	Knochenbruch bei normaler Belastung aufgrund einer Verminderung der Knochendichte - Osteoporose
9	S06	28	Verletzung des Schädelinneren
10	F05	26	Verwirrheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt
11	R26	24	Störung des Ganges bzw. der Beweglichkeit
12	R29	24	Sonstige Beschwerden, die das Nervensystem bzw. das Muskel-Skelett-System betreffen
13	S22	21	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule
14	E87	17	Sonstige Störung des Wasser- und Salzhaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts
15	G40	17	Anfallsleiden - Epilepsie

B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

Keine

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-984	801	Pflegebedürftigkeit
2	8-550	627	Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) erkrankter älterer Menschen
3	1-266	280	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)
4	8-98g	252	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern
5	3-200	226	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
6	8-800	121	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
7	8-930	95	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
8	3-202	93	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel
9	8-982	81	Fachübergreifende Sterbebegleitung
10	1-901	73	(Neuro-)psychologische Untersuchung bzw. Erfassung des psychosozialen Hintergrundes, wie finanzielle, berufliche und familiäre Situation
11	1-900	67	Untersuchung von psychischen Störungen bzw. des Zusammenhangs zwischen psychischen und körperlichen Beschwerden
12	1-771	63	Einheitliche Basisuntersuchung von alten Menschen
13	9-410	55	Bestimmtes psychotherapeutisches Verfahren, bei der ein Patient einzeln behandelt wird - Einzeltherapie
14	1-902	34	Untersuchung der Wahrnehmung und des Verhaltens mithilfe standardisierter Tests
15	1-632	32	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung

B-1.7.2 *Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)*

Keine

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 Nein

Stationäre BG-Zulassung vorhanden Nein

B-1.11 **Personelle Ausstattung**

B-1.11.1 *Ärztinnen und Ärzte*

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 16,08

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	16,08	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	16,08	
Nicht direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 69,58955

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,6

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,6	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,6	
Nicht direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 243,26087

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar
AQ01	Anästhesiologie	
AQ23	Innere Medizin	Weiterbildungsbefugnis
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie	
AQ42	Neurologie	
AQ63	Allgemeinmedizin	Teilnahme am Curriculum für Allgemeinmediziner der Universitätsklinik Heidelberg

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF14	Infektiologie	
ZF09	Geriatric	Weiterbildungsbefugnis
ZF30	Palliativmedizin	Weiterbildungsbefugnis
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie	

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: 30,25

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	30,25	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	30,2	
Nicht direkt	0,05	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 36,99174

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 26,06

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	26,06	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	26,06	
Nicht direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 42,93937

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 7,95

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,95	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,95	
Nicht direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 140,75472

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 7,1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,1	
Nicht direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 157,60563

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,88

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,88	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,88	
Nicht direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1271,59091

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ02	Diplom	Die Stabstelle Praxisanleiter sowie die Stabstelle Kontinenzberatung sind u.a. durch eine Diplom-Pflegepädagogin (FH) besetzt.
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	Die Stationsleitungen unserer geriatrischen Akutstationen verfügen alle über die Weiterbildung "Leitung einer Stationseinheit".
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	Jede Station verfügt über eine:n Hygienebeauftragte:n in der Pflege.
PQ20	Praxisanleitung	Jede Station verfügt über eine:n Praxisanleiter:in. Außerdem gibt es eine Stabsstelle Praxisanleitung.
PQ01	Bachelor	Eine Pflegefachkraft verfügt über den akademischen Grad eines Bachelors.
PQ13	Hygienefachkraft	
PQ22	Intermediate Care Pflege	Wir haben Pflegefachkräfte mit Qualifizierung im Intermediate Care Bereich (IMC).

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP01	Basale Stimulation	Im Rahmen der geriatricspezifischen Weiterbildung "Führerschein Geriatrie" ist der Grundkurs Basale Stimulation (zwei Tage) integriert.
ZP02	Bobath	Fünf unserer Pflegekräfte verfügen über den zweiwöchigen Bobathkurs für Pflegende.
ZP07	Geriatrie	Acht unserer Mitarbeitenden besitzen die Zusatzqualifikation "Führerschein Geriatrie".
ZP08	Kinästhetik	Acht unserer Pflegefachkräfte verfügen über Grundlagen- bzw. fortgeschrittene Kenntnisse.
ZP09	Kontinenzmanagement	Die Beratung und Versorgung von Patient:innen mit Kontinenzproblemen sowie von Stomapatient:innen erfolgt durch unsere Pflegeexpertinnen für Kontinenzförderung (Stabstelle Pflegefachbereich Kontinenzberatung).
ZP14	Schmerzmanagement	Im Curriculum der Weiterbildungen Palliative Care und des "Führerscheins Geriatrie" sind Grundlagenkenntnisse zum Schmerzmanagement fester Bestandteil.
ZP15	Stomamanagement	Die Beratung und Versorgung von Stomapatient:innen erfolgt durch unsere Pflegeexpertinnen für Kontinenzförderung. Fortbildungen zum Thema Stomaversorgung sind Bestandteil unseres IBF-Programms. Anleitungen und Schulungen erfolgen mittels "Training on the job".
ZP16	Wundmanagement	Unsere Wundexpertin hat die Fortbildung nach den Kriterien der ICW (Initiative Chronische Wunde) absolviert.

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP18	Dekubitusmanagement	Die Wund- und Dekubitusversorgung erfolgt durch unsere Wundexpertin. Es erfolgt permanente Wissensvermittlung mittels "Training on the job".
ZP19	Sturzmanagement	Das Thema Sturzprävention ist fester Bestandteil unseres IBF-Programms und unserer Kurzfortbildungsreihe (pandemiebedingt konnte diese im Jahr 2021 leider nicht durchgeführt werden). Zudem wird die Thematik in der Weiterbildung "Führerschein Geriatrie" umfassend unterrichtet.
ZP20	Palliative Care	11 Mitarbeitende besitzen die Zusatzqualifikation Palliative Care. Darüber hinaus arbeitet in unserer Palliativeinheit eine geschulte Aromaexpertin (Pflege).

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

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

C Qualitätssicherung

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

Das AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG nimmt gemäß seinem Leistungsspektrum an den externen Qualitätssicherungsmaßnahmen "Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)" sowie "Generalindikator Dekubitusprophylaxe" teil.

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Dokumentierte Datensätze	Kommentar
Herzschríttmacher-Implantation (09/1)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschríttmacher-Aggregatwechsel (09/2)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschríttmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/6)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Karotis-Revaskularisation (10/2)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Gynäkologische Operationen (15/1)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Geburtshilfe (16/1)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Mammachirurgie (18/1)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Dekubitusprophylaxe (DEK)	113	102,65 %	116	
Herzchirurgie (HCH)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Dokumentierte Datensätze	Kommentar
Zaehlleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zaehlleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zaehlleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen (HCH_KC)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zaehlleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_CHIR)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zaehlleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_KATH)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zaehlleistungsbereich Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zaehlleistungsbereich Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zaehlleistungsbereich Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zaehlleistungsbereich Herztransplantation (HTXM_TX)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zaehlleistungsbereich Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zaehlleistungsbereich Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Dokumentierte Datensätze	Kommentar
Leberlebendspende (LLS)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lebertransplantation (LTX)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Neonatalogie (NEO)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nierenlebendspende (NLS)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI_LKG)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	19	100,00 %	19	
Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation (PNTX)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

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

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

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Ergebnis-ID	2005
Grundgesamtheit	19
Beobachtete Ereignisse	19
Erwartete Ereignisse	

Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,98 - 99,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	83,18 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232000_2005
Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	15
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,84 - 98,94%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	79,61 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis-ID	2006
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,02 - 99,09%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	67,56 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)

Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232001_2006
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,88 - 98,98%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	60,97 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis-ID	2007
Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,91 - 98,41%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	74,12 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232002_2007
Grundgesamtheit	9

Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,54 - 98,24%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	70,09 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	2009
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,95 - 93,21%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	56,55 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Bezeichnung der Kennzahl	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme (inkl. COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis-ID	232003_2009
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,52 - 92,78%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	60,97 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühmobilisation nach Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin / der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen
Ergebnis-ID	2013
Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,65 - 92,93%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	72,25 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10
Bezeichnung der Kennzahl	Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin / der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232004_2013
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,97 - 93,31%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	60,97 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	
Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt wird, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist
Ergebnis-ID	2028
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	

Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,84 - 96,02%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	70,09 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10
Bezeichnung der Kennzahl	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt wird, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232005_2028
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,28 - 95,51%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	60,97 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren
Ergebnis-ID	2036
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,64 - 98,75%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	70,09 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	
Bezeichnung der Kennzahl	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)

Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232006_2036
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,59 - 98,72%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	60,97 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Ergebnis-ID	50722
Grundgesamtheit	19
Beobachtete Ereignisse	19
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,64 - 96,77%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	83,18 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Bezeichnung der Kennzahl	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232009_50722
Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	15
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	

Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,49 - 96,66%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	79,61 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	50778
Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	1,52
Ergebnis (Einheit)	2,64
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,91 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,96 - 0,99
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,10 - 4,68
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	U62

Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	232007_50778
Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	2,17
Ergebnis (Einheit)	1,85
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,81 - 0,83
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,75 - 3,59
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde
Ergebnis-ID	232010_50778
Grundgesamtheit	4

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,65
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,65 - 0,67
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 3,02
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	231900
Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	40,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	16,67 - 17,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	19,82 - 64,25%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	
Bezeichnung der Kennzahl	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt)
Ergebnis-ID	232008_231900
Grundgesamtheit	19
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	31,58%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	18,14 - 18,43%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	15,36 - 53,99%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	52009
Grundgesamtheit	1119
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	7,38
Ergebnis (Einheit)	1,35
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,68 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,17 - 1,19
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,74 - 2,48
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) und einher mit einem Absterben von Muskeln, Knochen oder den stützenden Strukturen. (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)
Ergebnis-ID	52010
Grundgesamtheit	1119
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 - 0,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,34%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)
Ergebnis-ID	52326
Grundgesamtheit	1119
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,89%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,36 - 0,37%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,49 - 1,64%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben
Ergebnis-ID	521800
Grundgesamtheit	1119
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 - 0,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,34%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)
Ergebnis-ID	521801
Grundgesamtheit	1119
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,06 - 0,07%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,34%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

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

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

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

Über § 136a und § 136b SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

Leistungsbereich	Teilnahme
MRE	Ja
Schlaganfall: Akutbehandlung	Ja
Universelles Neugeborenen-Hörscreening	Trifft nicht zu

Gehört ein Leistungsbereich nicht zum Leistungsspektrum des Krankenhauses, so wurde "Trifft nicht zu" angegeben.

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

Leistungsbereich: Externe Qualitätssicherung in der Geriatrie zur Erfassung der Grunddaten und Merkmale geriatrischer Patienten, der wichtigsten Parameter des Behandlungs-Verlaufs und des - Ergebnisses

Bezeichnung des Qualitätsindikators	GEMIDAS (Geriatrisches Minimum Data Set)
Ergebnis	Die Ergebnisse unserer Klinik liegen im Bundesvergleich im guten durchschnittlichen Bereich
Messzeitraum	01.01.2022 - 31.12.2022
Datenerhebung	Stammdaten, Diagnosegruppen, Aufnahme von, Entlassung nach, Vorbehandlung, Barthel-Index, -Differenz/Tag; MMST, Hilfsmittel, Mortalität; Ergebnisinterpretation
Rechenregeln	Datenvergleich unter §111- und §109-Kliniken, Unterscheidung nach stationär und teilstationär, gewichtet nach Diagnosegruppen. Daraus wird eine anonymisierte Rangordnung nach höchstem und niedrigstem Messergebnis erstellt und unter den teilnehmenden Häusern ausgetauscht.
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	
Quellenangaben	http://bv-geriatrie.de/verbandsarbeit/gemidas-pro; http://www.gemidas.geriatrie-web.de/Files/Gemidas_06-2005_Frankfurt.pdf

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

C-5.1 Umsetzung der Mm-R im Berichtsjahr

In unserer Klinik werden keine Operationen durchgeführt.

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

In unserer Klinik werden keine Operationen durchgeführt.

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 (fortbildungsverpflichtete Personen)	7
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	7
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	4

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände
Geriatric	Station K1	Tagschicht	100,00%	0
Geriatric	Station K1	Nachtschicht	100,00%	0
Geriatric	Station K2	Tagschicht	100,00%	0
Geriatric	Station K2	Nachtschicht	100,00%	0
Geriatric	Station K3	Tagschicht	100,00%	0
Geriatric	Station K3	Nachtschicht	100,00%	0

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad
Geriatric	Station K1	Tagschicht	100,00%
Geriatric	Station K1	Nachtschicht	100,00%
Geriatric	Station K2	Tagschicht	99,73%

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad
Geriatric	Station K2	Nachtschicht	80,00%
Geriatric	Station K3	Tagschicht	100,00%
Geriatric	Station K3	Nachtschicht	95,07%

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

Keine

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

Arzneimittel für neuartige Therapien

Werden am Krankenhausstandort Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet? Nein

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

D-2 Qualitätsziele

Neben unserem Leitbild und der Qualitätspolitik sind auf der Ebene der AGAPLESION gAG Qualitätsziele definiert. Diese sind Grundlage zur Ausgestaltung für die einrichtungsinterne Zielplanung und Steuerung.

Die einrichtungsintern formulierten Qualitätsziele basieren auf folgenden sieben Säulen:

1. Christliches Profil
2. Einrichtungen stärken und fördern
3. Gesellschaftsrechtlich und organisatorisch verbindliche Vernetzung
4. Kundenorientierung
5. Breites Managementwissen
6. Herausragende Position
7. Angemessene Rentabilität und langfristiger Unternehmenserhalt

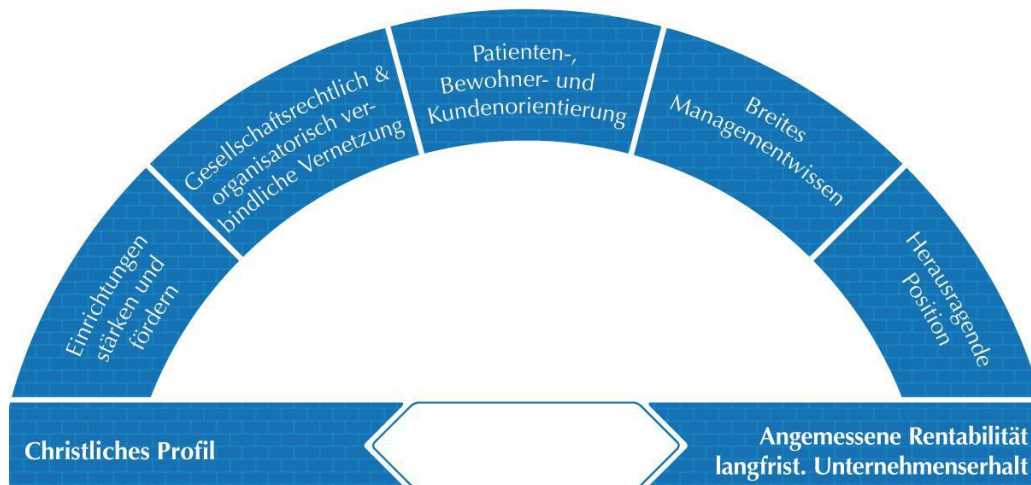


Abb. 13: Spannungsbogen AGAPLESION

Im Rahmen von Strategieworkshops werden alle zwei Jahre von der Betriebsleitung, den Abteilungsleitungen und dem Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB) konkrete Jahres- und Qualitätsziele, Maßnahmen, Zeitvorgaben, Messgrößen und Verantwortlichkeiten festgelegt. Die Ergebnisse des Workshops bilden somit die Grundlage der Jahreszielplanung.

Die konkreten Ziele, Strategien und Maßnahmen werden im Rahmen von strukturierten Mitarbeitergesprächen durch die Geschäftsführung an die Führungskräfte weitergegeben. Die daraus abgeleiteten abteilungsbezogenen Ziele werden ihrerseits durch die strukturierten Mitarbeitergespräche zwischen Führungskraft und Mitarbeiter konkretisiert und individuelle Ziele vereinbart.

Mithilfe des kaskadenförmigen „Herunterbrechens“ der Visionen und Ziele wird sichergestellt, dass die strategischen Ziele auf allen Ebenen bekannt sind und erreicht werden können. Außerdem erfolgt hierdurch eine kontinuierliche Überprüfung und Anpassung der Ziele, was zur Sicherung des Unternehmenserfolges beiträgt.

Die Bewertung der Zielerreichung erfolgt im Bericht der Geschäftsführung an die einrichtungsinternen Aufsichtsgremien, im Rahmen der Regelkommunikation an die Führungskräfte und an die Mitarbeiter im Rahmen der Mitarbeiterforen.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement-System des AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUSES HEIDELBERG ist ausgerichtet am spezifischen Wertesystem eines konfessionellen Unternehmens. Es dient der Erfüllung fachlicher, ökonomischer und gesetzlicher Leistungsanforderungen. Es hilft bei der Planung, Durchführung, Überwachung und Verbesserung aller qualitätsrelevanten Tätigkeiten. Vor allem unterstützt es uns bei der kontinuierlichen Verbesserung der Patienten-, Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit. Seit 2011 orientieren wir uns an den standardisierten Qualitätskriterien der DIN EN ISO 9001:2008.

Auf Grundlage des Qualitätskreises "Plan-Do-Check-Act" gestalten wir unsere Einrichtung als eine lernende Organisation. Dies bildet die Basis für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess.

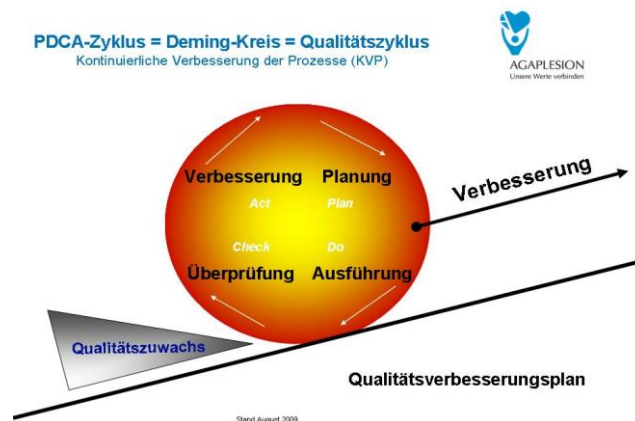


Abb. 14: Die Abbildung verdeutlicht den PDCA-Zyklus

Hierbei werden sowohl die drei Qualitätsdimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie auch das Zusammenspiel der Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozesse betrachtet.

Grundsätzlich haben alle Führungskräfte in unserer Einrichtung die Verantwortung:

1. durch ihre Vorbildfunktion das Qualitätsbewusstsein aller Mitarbeiter zu fördern,
2. die kontinuierliche Verbesserung von Prozessen im Sinne der Patienten- und Angehörigenorientierung zu fördern, zu unterstützen und zu gestalten,
3. die Einhaltung und Weiterentwicklung des QM-Handbuches sicherzustellen,
4. die reibungslose Zusammenarbeit mit den jeweiligen Schnittstellen zu ermöglichen.

Das QM-Handbuch enthält zum einen AGAPLESION Vorgaben mit unterschiedlichem Verbindlichkeitsgrad wie Rahmenkonzeptionen oder Richtlinien. Zum anderen hausspezifische Regelungen bspw. in Form von Prozessbeschreibungen oder Verfahrensanweisungen. Die Inhalte des QM-Handbuches sind für alle Mitarbeiter des AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUSES HEIDELBERG verbindlich.

Organisation des Qualitätsmanagements

Für die Umsetzung des Qualitätsmanagements ist die Geschäftsführung verantwortlich.

Eine hauptamtliche Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB) ist als Stabsstelle der Geschäftsführung zugeordnet. Sie berät und unterstützt die Führungskräfte und Mitarbeiter hinsichtlich der Qualitätsentwicklung und begleitet das Qualitätsmanagement-Team.

Das Qualitätsmanagement-Team (QM-Team) ist berufs- und hierarchieübergreifend sowie interdisziplinär zusammengesetzt. Das QM-Team unterstützt und begleitet die Arbeitsabläufe in den einzelnen Abteilungen. Verbesserungspotenziale sollen so erkannt und kommuniziert werden. Lösungsstrategien werden mit allen Beteiligten erarbeitet und umgesetzt. Zur Unterstützung des QM-Teams werden Projekt- und Arbeitsgruppen eingesetzt.

Die Einrichtungen der AGAPLESION gAG werden durch das Zentrale Qualitätsmanagement AGAPLESION (QMZ) unterstützt. So werden Aktivitäten des Qualitätsmanagements koordiniert und geprüft sowie ein aktiver Wissensaustausch betrieben.

Kommunikationsstruktur des Qualitätsmanagements

Verbindliche Kommunikationsstrukturen im Krankenhaus bestehen in Form von Leitungsgremien, Kommissionen, Besprechungen und Mitarbeiter-Foren. Darüber hinaus wird bedarfs- und themenbezogen im Rahmen von Projekt- und Arbeitsaufträgen kommuniziert.

Zu den QM - Kommunikationsstrukturen gehören folgende Gremien:

Agaplesion weit (einrichtungübergreifend):

- AGAPLESION Konferenz Geschäftsführer (AK-GF)
- AGAPLESION Arbeitsbereich Qualitätsmanagement (AAB-QMB)
- AGAPLESION Lenkungsgruppe Risikomanagement

Im Krankenhaus (einrichtungsbezogen):

1. Jour Fixe der Geschäftsführung mit der QMB
2. Betriebsleitungssitzungen mit dem Agenda-TOP QM
3. Qualitätsmanagement-Team-Sitzungen (QM-Team)
4. Sitzungen der Projekt- und Arbeitsgruppen
5. Mitarbeiter-Foren mit Agenda-Top QM

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Interdisziplinäre Besprechungen

Ein wesentlicher Bestandteil interner Qualitätssicherungsmaßnahmen sind Visiten und Besprechungen des therapeutischen Teams. Sie dienen dem Informationsaustausch und ermöglichen eine bedarfsgerechte und kurzfristige Steuerung des Behandlungsverlaufs. In unserem Haus sind u.a. folgende Kommunikationsstrukturen zu finden:

Wöchentliche fallbezogene Teambesprechung:

An dieser auf allen Stationen stattfindenden Besprechung nehmen alle Mitglieder des therapeutischen Teams teil. Hierbei werden Therapieverlauf, Fortschritte und eventuelle Probleme des Patienten besprochen. So wird eine optimale Behandlungsplanung unter Berücksichtigung der Wünsche, der individuellen Fähigkeiten und Einschränkungen der einzelnen Patienten erreicht.

Kontinenzvisite:

Auf allen Krankenhaus- und Reha-Stationen finden wöchentliche Kontinenzvisiten statt, an denen die Kontinenzberaterinnen, die Bereichspflegekraft und der Stationsarzt teilnehmen. Sie dienen der Abklärung und Behandlung sowie Hilfsmittelberatung bei Blasen- und Darmschwäche.

Ärztliche Frühbesprechung:

Tägliche Besprechung für Informationsaustausch und Belegungsplanung. Komplexe Krankheitsverläufe werden im ärztlichen Team gemeinsam diskutiert. Im Anschluss erfolgt eine Röntgenbesprechung.

Visiten:

Im Rahmen der täglich stattfindenden ärztlichen Visite erfolgt ein Informationsaustausch zwischen allen an der Patientenbehandlung beteiligten Berufsgruppen.

Medizinische und pflegerische Ressourcen und Probleme des Patienten sollen so gleichermaßen Beachtung finden. Einmal wöchentlich erfolgt eine Oberarztvisite in deren Rahmen bislang erreichte Therapieziele sowie der Behandlungsverlauf überprüft werden.

Interne Audits und Begehungen

Interne Überprüfungen (bspw. Pflegeaudits sowie Bereichs- und Stationsaudits) dienen der systematischen Bewertung des Qualitätsmanagements und der Aufdeckung von Verbesserungspotentialen. Zu Beginn eines Jahres werden die internen Überprüfungen terminiert. Durch die gezielten Begehungen und Gespräche mit den Mitarbeitern werden Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gemeinsam evaluiert. Die daraus abgeleiteten Maßnahmen werden schriftlich fixiert, in die Maßnahmenplanung integriert und in einem festgelegten Zeitraum bearbeitet.

Regelmäßige Begehungen durch Spezialisten

Krankenhäuser sind zur Durchführung interner Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 137 SGB V verpflichtet. Hierzu gehören insbesondere jährliche Begehungen und Überprüfungen der betrieblichen Bereiche durch:

- den Krankenhaus-Hygieniker, die Hygienefachkraft und die Hygienebeauftragte Oberärztin
- den Qualitätsmanagementbeauftragten für Transfusionsmedizin
- den Krankenhausapotheker zur Arzneimittelversorgung
- die Fachkraft für Arbeitssicherheit zur Bewertung der Arbeitsplätze.

Aus den Ergebnissen der Begehungen und Überprüfungen werden konkrete Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet und im Rahmen des internen Qualitätsmanagements bearbeitet.

Ebenso werden die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung im Rahmen unseres internen Qualitätsmanagements zur stetigen Verbesserung unserer klinischen Abläufe und Behandlungsqualität genutzt.

Hygienemanagement:

Verantwortlich für das Hygienemanagement ist die Hygienebeauftragte Oberärztin. Sie führt zusammen mit der Hygienefachkraft regelmäßig Begehungen der verschiedenen Abteilungen durch. Die daraus resultierenden Ergebnisse fließen in den monatlich stattfindenden Arbeitskreis Hygiene ein.

Risikomanagement und CIRS

Gerade durch die sich ständig verändernden Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen sowie durch den stetig steigenden medizinischen Fortschritt, wachsen die Herausforderungen und Risiken für Krankenhäuser, aber auch für einzelne Mitarbeiter.

In der AGAPLESION gAG wurde 2005/2006 eine Rahmenkonzeption Risikomanagement und ein Leitfaden für ein Meldesystem potenzieller Risiken (CIRS) entwickelt. Die Implementierung startete im Jahr 2007/2008. Seit 01.01.2008 gibt es im AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG einen Risikomanagement-

Beauftragten. Strukturiert werden von diesen Informationen über Risiken zusammengetragen, bewertet, vorbeugende Maßnahmen definiert, nach einem abgestuften Berichtswesen überwacht und jährlich neu bewertet. Von Herbst 2009 bis Frühjahr 2010 war das AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS Pilotheus bei der Einführung eines Meldesystems für kritische Beinahe-Zwischenfälle (CIRS). Ziel dieses anonymen Meldesystems ist es, aus Beinahe-Zwischenfällen zu lernen und somit Schäden zu vermeiden. 2010 wurde ein EDV-gestütztes System zur Erfassung- und Auswertung der eingehenden Meldungen in Betrieb genommen.

Ideenbörse

Unsere Ideenbörse ist eine Form des innerbetrieblichen Vorschlagswesens. Mitarbeiter haben die Möglichkeit, Verbesserungsvorschläge an die Krankenhausleitung weiterzugeben. So kann das Unternehmen von den Mitarbeitern lernen und konkrete Verbesserungen herbeiführen. Im Jahr 2010 wurden 46 Ideen von Mitarbeitern eingebracht, von denen 11 eine Verbesserung darstellten und umgesetzt werden konnten.

Strukturiertes Meinungsmanagement

Wir begreifen Beschwerden als Chance zur Verbesserung. Deshalb betreiben wir ein aktives und strukturiertes Meinungsmanagement. Mit dem Flyer "Ihre Meinung ist uns wichtig" können uns alle Patienten, Angehörige und Besucher Rückmeldungen geben. Zur Erfassung- und Auswertung der eingegangenen Meinungsäußerungen wurde 2010 ein EDV-gestütztes System eingeführt. Die Verantwortung für das strukturierte Meinungsmanagement trägt die Krankenhausleitung.

Unsere Mitarbeiter freuten sich vor allem darüber, dass fast 66 % der Rückmeldenden positive und lobenswerte Erfahrungen mit dem Personal gemacht haben.

Patientenbefragungen

Zur Erhebung der Patientenzufriedenheit mit den Leistungsangeboten und den Abläufen wurde im AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS zuletzt 2009 mithilfe eines Forschungsinstitutes eine Patientenbefragung durchgeführt.

Die Themenschwerpunkte der Befragung waren:

- Aufnahme und Entlassung
- Ärztliches Personal, Pflegepersonal, Therapeutisches Personal
- Therapien
- Sozialdienst/Pflegeüberleitung
- Schmerzen
- Behandlung in der Klinik
- Kommunikation und Organisation
- Räumlichkeiten und Versorgung
- Integration von Angehörigen
- Gesamteindruck

Die Ergebnisse der Befragung wurden genutzt, um konkrete Verbesserungsmaßnahmen in der Patientenversorgung abzuleiten (z.B. Einführung der Schaumkost, um Patienten mit Schluckstörungen eine umfassendere Geschmacksvielfalt bieten zu können).

Einweiserbefragung

Im kollegialen Austausch mit einweisenden Ärzten und bei regionalen Qualitätszirkeln erhalten wir Rückmeldungen der Ärzte zur Zufriedenheit bezüglich unserer Aufnahme- und Entlassungsmodalitäten sowie den Informationen zum Behandlungsprozess.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Qualitätsmanagementprojekte werden durch die Betriebsleitung initiiert. Grundlage sind Ergebnisse und Maßnahmenkataloge der unter Kapitel D4 „Instrumente des Qualitätsmanagements“ und Kapitel D6 „Bewertungen des Qualitätsmanagements“ genannten Instrumente und Methoden.

Im Folgenden werden einige der durchgeführten Projekte vorgestellt.

Aufnahmezentrum:

Im Rahmen eines durch die Betriebsleitung initiierten Projektes wurde im Frühjahr 2009 das Aufnahmezentrum in Betrieb genommen. Hierzu wurden Räumlichkeiten umgewidmet und umgebaut, Mitarbeiter neu zugeordnet, eingestellt und qualifiziert. Die Diagnostik wurde in diesem Bereich gebündelt.

Das Projekt hatte zum Ziel, eine zentrale, patientenzentrierte Krankenhausaufnahme zu schaffen und somit eine gezielte und schnelle Einleitung von Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen zu ermöglichen. Durch die zentrale Patientenaufnahme können für den Patienten belastende Transporte am Aufnahmetag auf ein Minimum reduziert werden. Gleichzeitig werden die Arbeitsabläufe auf den Stationen nicht gestört und die sofortige korrekte Unterbringung von Patienten in den verschiedenen Fachbereichen des Krankenhauses (akut, teilstationär, Rehabilitation) sichergestellt.

Die Einrichtung des Aufnahmezentrums hat die daran gestellten Erwartungen erfüllt. Seit 1. März dieses Jahres ist die administrative Patientenaufnahme räumlich ins Aufnahmezentrum integriert, um die Abläufe im Rahmen der Aufnahme noch besser zu verknüpfen.

CIRS:

Gerade durch die sich ständig verändernden Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen sowie durch den stetig steigenden medizinischen Fortschritt, wachsen die Herausforderungen und Risiken für Krankenhäuser, aber auch für einzelne Mitarbeiter.

In der AGAPLESION gAG wurde deshalb ein Leitfaden für ein Meldesystem potenzieller Risiken (CIRS) entwickelt. Von Herbst 2009 bis Frühjahr 2010 war das AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS eines von fünf Pilothäusern bei der Einführung eines Meldesystems für kritische beinahe-Zwischenfälle (CIRS) in der AGAPLESION gAG. Ziel dieses anonymen Meldesystems ist es, aus Beinahe-Zwischenfällen zu lernen und somit Schäden und Fehler zu vermeiden.

Die anonym gemeldeten Zwischenfälle werden vom Risikomanagementbeauftragten und den CIRS-Verantwortlichen eingehend untersucht, der Betriebsleitung gemeldet und Korrekturvorschläge unterbreitet. Die daraus getroffenen Entscheidungen/Maßnahmen werden im Haus kommuniziert und umgesetzt.

Patientenbefragung

Im 4. Quartal 2009 wurde in allen Einrichtungen der AGAPLESION gAG eine Patientenbefragung durchgeführt. Ziel war es, die Zufriedenheit der Patienten mit den Leistungsangeboten und den Abläufen im Krankenhaus zu messen. Die Rücklaufquote betrug 62,5%, was für eine Einrichtung mit ausschließlich geriatrischer Klientel als hoch anzusehen ist.

Im Auftrag der Geschäftsführung wurde auf Basis eines Rahmenvertrages die Patientenbefragung mithilfe eines Forschungsinstituts als Projekt einrichtungsbezogen durchgeführt. Im Projektauftrag wurden Projektleitung, Projektmitglieder, Zielsetzungen, Meilensteinplanung und Budget festgelegt. In Zusammenarbeit mit dem involvierten Forschungsinstitut erfolgte die Projektdurchführung, die Erhebung valider Daten und Ergebnisbewertung. Der gesetzlich verbindliche Datenschutz wurde durch das Forschungsinstitut sichergestellt. Die Ergebnisse der Einrichtungen wurden mit dem internen Durchschnittswert des AGAPLESION Konzerns sowie einem externen Benchmark verglichen. Zusätzlich wurde AGAPLESION übergreifend ein Vergleich zwischen allen medizinischen Fachdisziplinen erstellt.

Die Ergebnisse werden einrichtungsübergreifend und einrichtungsintern analysiert, kommuniziert und Maßnahmen daraus abgeleitet.

Einführung der Schaumkost

Bei der durchgeführten Patientenbefragung, wurden in verschiedenen Themenbereichen Verbesserungspotentiale festgestellt und Maßnahmen daraus abgeleitet. Hierzu gehörte auch der Themenbereich Qualität und Abwechslung der angebotenen Speisen - hier hauptsächlich der Schluckstörungskost. Eine hohe Anzahl unseres geriatrischen Klientels ist aufgrund verschiedener Ursachen von einer Schluckstörung betroffen und somit auf daran angepasste Kostformen angewiesen. Um unseren Patienten eine größere Geschmacksvielfalt anbieten zu können, hat die Krankenhausleitung deshalb verschiedene Alternativen geprüft und sich schließlich für die Einführung der Schaumkost entschieden. Diese wird derzeit auf einer Pilotstation getestet und soll, falls sie sich bewährt, im ganzen Haus eingeführt werden.

Umfassende Schulung der Mitarbeiter:

Die Mitarbeiter des Hauses werden regelmäßig in allen relevanten Bereichen (z.B. Arbeitssicherheit, Datenschutz, Hygiene, Notfallmanagement) im Rahmen der Innerbetrieblichen Fortbildungen (IBF) durch die räumlich angegliederte AGAPLESION AKADEMIE HEIDELBERG geschult. Neben dem jährlichen Pflichtschulungsprogramm haben die Mitarbeiter dort ebenso die Möglichkeit, relevante Fortbildungen zu grundlegenden Themen der Pflege, Therapie und Medizin sowie Schulungen im Bereich der Führungs- und Methodenkompetenz zu besuchen. Die Inhalte werden eng zwischen der Akademieleitung und den verantwortlichen Bereichsleitern abgestimmt. Im Jahr 2010 erfolgte im Rahmen der IBF beispielsweise eine Schulungsreihe zum Expertenstandard Dekubitusprophylaxe, an der alle Mitarbeiter der Pflege teilgenommen haben.

Erweiterung des Therapieangebotes

Ergänzend zu den klassischen therapeutischen Anwendungen steht uns seit 2010 über ein modernes, computergestütztes Trainings- und Messsystem mit Biofeedback (Physiomat) zur Verfügung. Dieses ermöglicht eine hohe Muskelaktivität bei niedrigem Kraftaufwand und somit die gezielte Behandlung insbesondere von Gleichgewichtsstörungen, Schwindel und neurologischen Dysfunktionen. Zur Verbesserung der Therapieplanung im Sinne einer optimalen, auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten zugeschnittenen Behandlung, führen wir außerdem eine computergestützte Ganganalyse durch.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Die Bewertung des Qualitätsmanagements erfolgt intern durch das Zentrale Qualitätsmanagement der AGAPLESION gAG und extern durch unabhängige Zertifizierungsinstitutionen.

Visitationen und Audits:

Die internen Bewertungen unseres einrichtungsinternen Qualitätsmanagement-Systems erfolgen mithilfe von Visitationen und Audits. Die Ergebnisse aus den Visitations-Berichten werden in den Jahresziel- und Projektplanungen berücksichtigt, um eine stetige Verbesserung der Prozesse zu erreichen.

Managementbewertungen:

Seit diesem Jahr werden jährliche Managementbewertungen durch die oberste Leitung durchgeführt. Diese haben zum Ziel, das QM-System systematisch hinsichtlich dessen Eignung, Angemessenheit und Wirksamkeit zu bewerten. Die Ergebnisse bilden die Grundlage des Wirtschaftsplanes und der Jahreszielplanung.

Zertifizierung:

Das AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG war das erste Geriatriische Zentrum in Baden-Württemberg, welches nach KTQ® (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) zertifiziert wurde (siehe: www.ktq.de). Die Erst-Zertifizierung erfolgte am 18. August 2004 und die erste Re-Zertifizierung im Jahr 2007.

Im Jahr 2010 hat sich die AGAPLESION gAG dazu entschieden zukünftig in den angegliederten Krankenhäusern eine Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2008 anzustreben. Aus diesem Grund entschied sich das AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG dazu, die geplante Rezertifizierung nach KTQ abzusagen und im kommenden Jahr eine Zertifizierung nach der DIN EN ISO Norm anzustreben.