

Qualitätsbericht 2021

Strukturierter Qualitätsbericht
gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V
für das Berichtsjahr 2021

Erstellt am 31.12.2022



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-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie.....	8
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	12
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	12
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	14
A-9	Anzahl der Betten	15
A-10	Gesamtfallzahlen	16
A-11	Personal des Krankenhauses	17
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	24
A-13	Besondere apparative Ausstattung.....	38
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V.....	39
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	40
B-1	Klinik für Akutgeriatrie	40
C	Qualitätssicherung.....	53
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	53
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....	64
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V.....	64

C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	64
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	65
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.....	65
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	65
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	66
D	Qualitätsmanagement.....	67

- Einleitung

Strukturierter Qualitätsbericht

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion	Qualitäts- und Prozessmanagerin
Titel, Vorname, Name	Maren Sohn
Telefon	06221/319-1780
E-Mail	maren.sohn@agaplesion.de



*Abb. 1: Maren Sohn
Qualitäts- und Prozessmanagerin*

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

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



*Abb. 2: Florian Kesberger
Geschäftsführer*

Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses:

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

Link zu weiterführenden Informationen:

Frankfurt am Main, im Dezember 2022

Sehr geehrte Leser:innen,

die AGAPLESION gAG ist in diesem Jahr 20 Jahre alt geworden. Von Anfang an hatten wir den Anspruch, unseren Patient:innen zugewandte und ganzheitliche Medizin und Pflege nach modernen Qualitätsstandards zu bieten. Die Organisation und Medizinstrategie wurden beständig weiterentwickelt, um neuen Trends einen Schritt voraus zu sein und um die Expert:innen stärker in die Mitgestaltung und Ausarbeitung innovativer Ideen einzubeziehen.

Die hohe Qualität bei AGAPLESION ist das Ergebnis unserer guten Zusammenarbeit und von intern und externen Qualitätsprüfungen (Auditprogrammen). Unseren mehr als 22.000 Mitarbeiter:innen bieten wir umfangreiche Fort- und Weiterbildungen, die Ausgestaltung persönlicher Karrierewege und die Partizipation aller Hierarchieebenen. Einfach ausgedrückt: Wir möchten, dass sie gerne zu uns kommen, weil sie sich auf ihre Kolleg:innen und ihre Aufgaben freuen.

... Kultur: Als christlicher Gesundheitskonzern messen wir einer Gemeinschaft, die von gegenseitigem Vertrauen und Respekt geprägt ist, eine hohe Bedeutung bei. Sie trägt dazu bei, dass Mitarbeiter:innen ihr kreatives Potenzial einbringen und ihre Arbeit als sinnhaft und erfüllend empfinden. Gesundheitsdienstleistungen sind derart komplex geworden, dass kollaboriertes Arbeiten und Interdisziplinarität enorm an Bedeutung gewonnen haben.

... Austausch: Unsere Mitarbeiter:innen treffen sich zu Gremien und Expert:innenboards zu unterschiedlichen Themen. Gemeinsam erarbeiten sie innovative und zukunftsorientierte Lösungen für alle Unternehmensbereiche. Neue Projekte können in Piloteinrichtungen getestet, auf die Bedürfnisse vor Ort angepasst und konzernweit übernommen werden. So stellen wir sicher, dass neue Ideen unseren hohen Qualitätsansprüchen genügen.

... Interdisziplinarität: Komplementäre Fachabteilungen sorgen für einen ganzheitlichen 360-Grad-Blick auf unsere Patient:innen. Die Expertise und die Routine der Teams bei komplexen Eingriffen sind hoch, und sie verfügen über eine exzellente medizintechnische und räumliche Ausstattung. Unsere Kliniken haben zahlreiche Zertifizierungen als Nachweis z. B. für die onkologische, endoprothetische, traumatologische und kardiologische Expertise.

Qualität ist für uns eng gekoppelt an motivierte und inspirierte Mitarbeiter:innen, die sich in einem attraktiven Unternehmen persönlich und fachlich weiterentwickeln möchten. Gemeinsam tun unsere Teams alle dafür, damit sich unsere Patient:innen und deren Angehörige bei AGAPLESION medizinisch und pflegerisch gut versorgt und behandelt wissen. Wir sind vertrauensvolle und verlässliche Wegbegleiter in persönlich herausfordernden Zeiten.

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. 3: 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 2021. 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 Florian Kesberger, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Heidelberg, im November 2022

Florian Kesberger
Geschäftsführer
AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2021:

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA u.a. im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA-Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2021 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2021 wider. 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 2021 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 BETHANIEN KRANKENHAUS 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. 4: Prof. Dr. Jürgen M. Bauer
Ärztlicher Direktor und Chefarzt
Akutgeriatrie

Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin

Funktion	Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name	Margit Müller
Telefon	06221/319-1401
Fax	06221/319-1405
E-Mail	Beate.Yurteri@agaplesion.de



*Abb. 5: Margit Müller
Pflegedirektorin*

Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin

Funktion	Geschäftsführung
Titel, Vorname, Name	Florian Kesberger
Telefon	06221/319-1601
Fax	06221/319-1605
E-Mail	Birgit.Pfeifer@agaplesion.de



*Abb. 6: Florian Kesberger
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-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Das AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG ist kein psychiatrisches Krankenhaus und hat daher keine regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie.

Psychiatrie

Psychiatrisches Krankenhaus	Nein
Regionale Versorgungsverpflichtung	Nein

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	Individuelle Angehörigenberatung; sozialrechtliche Beratung durch Sozialdienst; Seminarangebote bei der kooperierenden Akademie im Haus; 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
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Palliativbereich, Abschiedsraum, Mitarbeitende mit Palliativweiterbildung, Abschiedsgottesdienst für Angehörige einmal im Quartal (während der Coronapandemie ausgesetzt), 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 i. d. R. am Entlasstag an die Hausarztpraxis gefaxt.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
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	Durch Pflegekräfte
MP24	Manuelle Lymphdrainage	Durch ausgebildete Physiotherapeut:innen
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	Durch Pflegekräfte
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

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP51	Wundmanagement	
MP53	Aromapflege/-therapie	Auf unserer Palliativ- und Schlaganfalleinheit 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
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 Großteil der restlichen Patient:innen involviert. Beratung, Information und Unterstützung der Patient:innen/ ihrer Angehörigen; Hilfe bei Anträgen etc.
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Aktion Saubere Hände, regelmäßige Vortragsreihe "Altersfragen", Fachvorträge durch Mitarbeiter:innen des Hauses in anderen Einrichtungen (Angebote waren während der Coronapandemie ausgesetzt),
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 Besuchern durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter		Grüne Damen, Patientenführer:in
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
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	Hilfsgeräte 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.

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
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 Sanitäreinrichtungen	
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 Geriatriisches 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; zahlreiche weitere Mitarbeiter:innen des Hauses sind durch Lehraufträge in die studentische 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.

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
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.
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

Bedden	
Bedden	105

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

Vollstationäre Fallzahl	1438
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: 10,75

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,75	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,75	
Nicht direkt	0	

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 6,1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,1	
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: 38,69

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	38,69	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	38,69	
Nicht direkt	0	

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 25,6

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	25,6	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	25,6	
Nicht direkt	0	

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 5,23

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,23	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	5,23	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: 5,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,5	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	5,5	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: 2,69

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,69	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,69	
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: 3,66

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,66	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,66	
Nicht direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 2,96

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,96	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,96	
Nicht direkt	0	

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 8,25

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,25	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,25	
Nicht direkt	0	

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Anzahl Vollkräfte: 0,62

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,62	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,62	
Nicht direkt	0	

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Anzahl Vollkräfte: 2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2	
Nicht direkt	0	

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Anzahl Vollkräfte: 2,77

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,77	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,77	
Nicht direkt	0	

SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht direkt	0	

SP60 - Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation

Anzahl Vollkräfte: 1,28

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,28	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,28	
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 einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements	
Funktion	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Maren Sohn
Telefon	06221/319-1780
E-Mail	Maren.Sohn@agaplesion.de



Abb. 8: 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.

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. 9: Maren Sohn
Verantwortliche für das klinische Risikomanagement*

A-12.2.2 *Lenkungsgremium*

Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe

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

A-12.2.3 *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

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
			<p>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.</p>
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		<p>Vorgegebene Pflichtschulungen im Rahmen der Innerbetrieblichen Fortbildung; E-Learning-Angebote für alle Mitarbeitenden; vielfältiges Angebot berufsgruppenspezifischer Fort- und Weiterbildungen, Unterweisungen im Dokumentenmanagementsystem, etc. (während Coronapandemie Maßnahmen teils ausgesetzt)</p>
RM03	Mitarbeiterbefragungen		<p>Die Zufriedenheit unserer Mitarbeiter:innen beeinflusst wesentlich die Qualität unserer Einrichtung. Durch anonyme Mitarbeiter:innenbefragung haben alle Mitarbeiter:innen eine Möglichkeit sich aktiv einzubringen.</p>
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Name: Verfahrensanweisung Notfallmanagement Datum: 23.09.2021	Einmaliger Grundlagenkurs Notfallmanagement für alle Ärzte und Ärztinnen sowie Pflegekräfte; danach

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
			alle zwei Jahre Refresher-Training
RM05	Schmerzmanagement	Name: Verfahrensweisung Schmerzmanagement Datum: 17.05.2018	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 Medizinprodukte (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

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
			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: 22.06.2021	Das Patienten-Identifikationsarmband dient während des gesamten Krankenhausaufenthalts 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. mitgelieferte Unterlagen Datum: 23.05.2018	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
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygienikern	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. 10: 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	41,00 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 soweit 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 hygienebezogenen 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.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja	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

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja	Meinungsmanagement eingehet, wird von uns schriftlich beantwortet. 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.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja	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.
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	Ja	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.
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. 11: Beate Yurteri nimmt Lob und Beschwerden entgegen

Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements

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. 12: 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. 13: 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 regelhaft 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

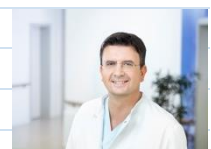


Abb. 14: Dr. Sebastian Baron verantwortet die Arbeitsgruppe Arzneimittelsicherheit

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.

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 (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs - Aushändigung des Medikationsplans - bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten - Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen 	



Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
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)		
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-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

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 Klinik für Akutgeriatrie

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. 15: 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 Klinik für Akutgeriatrie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Akutgeriatrie	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 Klinik für Akutgeriatrie	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	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 Klinik für Akutgeriatrie	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-Skelettsystems 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 Klinik für Akutgeriatrie	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	
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 Klinik für Akutgeriatrie

Fallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	1438
Teilstationäre Fallzahl	0

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I63	141	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt
2	S72	132	Knochenbruch des Oberschenkels
3	N39	93	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
4	I50	60	Herzschwäche
5	F05	52	Verwirrheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt
6	S32	52	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens
7	S06	42	Verletzung des Schädelinneren
8	J18	39	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
9	R29	38	Sonstige Beschwerden, die das Nervensystem bzw. das Muskel-Skelett-System betreffen
10	S22	38	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule
11	R26	37	Störung des Ganges bzw. der Beweglichkeit
12	E86	29	Flüssigkeitsmangel
13	M80	28	Knochenbruch bei normaler Belastung aufgrund einer Verminderung der Knochendichte - Osteoporose
14	S42	28	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms
15	M54	24	Rückenschmerzen

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	953	Pflegebedürftigkeit
2	8-550	850	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
3	1-266	350	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt
4	3-200	256	Native Computertomographie des Schädels
5	8-930	145	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
6	3-202	118	Native Computertomographie des Thorax
7	8-982	115	Palliativmedizinische Komplexbehandlung
8	8-98g	108	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern
9	8-800	103	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
10	1-901	102	(Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik
11	1-900	83	Psychosomatische und psychotherapeutische Diagnostik
12	1-771	81	Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (GBA)

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
13	8-390	78	Lagerungsbehandlung
14	1-632	54	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie
15	9-410	53	Einzeltherapie

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: 10,75

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,75	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,75	
Nicht direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 133,76744

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 6,1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,1	
Nicht direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 235,7377

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	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: 38,69

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	38,69	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	38,69	
Nicht direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 37,16723

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 25,6

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	25,6	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	25,6	
Nicht direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 56,17188

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 5,23

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,23	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	5,23	inkl. Altenpflegehelfer:in (Ausbildung 1 Jahr); davon 0,27 geringfügig Beschäftigte. Zusätzlich waren 0,68 Altenpflegehilfeschüler:innen eingesetzt
Nicht direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 274,9522

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 5,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,5	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	5,5	Pflegehelfer:innen ohne Qualifikation (davon 2,83 geringfügig Beschäftigte), zusätzlich waren 3,50 Stationshilfen sowie 1,25 Stationssekretärinnen eingesetzt

Nicht direkt	0	
--------------	---	--

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 261,45455

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,69

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,69	

Ambulant	0	
----------	---	--

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,69	

Nicht direkt	0	
--------------	---	--

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 534,57249

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ02	Diplom	
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.
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 Pflegendende.
ZP07	Geriatrie	Acht unserer Mitarbeitenden besitzen die Zusatzqualifikation "Führerschein Geriatrie".
ZP08	Kinästhetik	Acht unserer Pflegefachkräfte verfügen über Grundlagen- bzw. fortgeschrittene Kenntnisse.
ZP09	Kontinenzmanagement	Fortbildungen zum Thema Kontinenzversorgung sind Bestandteil unseres IBF-Programms.
ZP14	Schmerzmanagement	Im Curriculum der Weiterbildungen Palliative Care und des "Führerscheins Geriatrie" sind Grundlagenkenntnisse zum Schmerzmanagement fester Bestandteil.
ZP15	Stomamanagement	Fortbildungen zum Thema Stomaversorgung sind Bestandteil unseres IBF-Programms.
ZP16	Wundmanagement	Fortbildungen zum Thema Wundversorgung sind Bestandteil unseres IBF-Programms.

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP19	Sturzmanagement	Das Thema Sturzprävention ist fester Bestandteil unseres IBF-Programms und unserer Kurzfortbildungsreihe (pandemiebedingt konnte diese in 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	Kommentar
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	32	100,0	
Dekubitusprophylaxe (DEK)	126	100,0	

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

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

C-1.2.[1] A.1 Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bzw. durch das Stellungnahmeverfahren bedürfen oder für die eine Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. 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	27
Beobachtete Ereignisse	26
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	96,30%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,09 - 99,16%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	81,72 - 99,34%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	24
Beobachtete Ereignisse	23
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	95,83%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,85 - 98,95%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	79,76 - 99,26%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. 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	7
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,13 - 99,20%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	64,57 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. 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%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,89 - 99,00%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	60,97 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. 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	20
Beobachtete Ereignisse	19
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	95,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,24 - 98,62%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	76,39 - 99,11%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. 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	18
Beobachtete Ereignisse	17
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	94,44%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,41 - 98,15%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	74,24 - 99,01%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. 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	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00 \%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	90,82 - 91,14%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich
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	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	66,70 - 67,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. 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	14
Beobachtete Ereignisse	13
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	92,86%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00 \%$

Vertrauensbereich (bundesweit)	92,29 - 92,59%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	68,53 - 98,73%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	13
Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	92,31%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,56 - 92,97%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	66,69 - 98,63%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. 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 werden, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist
Ergebnis-ID	2028
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	14
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,47 - 96,63%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	78,47 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

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 werden, 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	12
Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,61 - 95,86%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	75,75 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. 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	14
Beobachtete Ereignisse	14
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,74 - 98,83%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	78,47 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. 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	12
Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,58 - 98,73%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	75,75 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. 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	27
Beobachtete Ereignisse	24
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	88,89%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,66 - 96,78%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	71,94 - 96,15%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	A71 - Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel
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	24
Beobachtete Ereignisse	21
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	87,50%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,57 - 96,75%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	69,00 - 95,66%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. 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	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,72
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,01 (95. Perzentil)

Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,13 - 3,20
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich
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	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,41
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,01 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,07 - 1,88
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. 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	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 1,57
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. 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	24
Beobachtete Ereignisse	7

Erwartete Ereignisse

Ergebnis (Einheit)	29,17%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	17,46 - 17,85%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	14,91 - 49,17%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. 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	27
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	25,93%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	18,04 - 18,31%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	13,17 - 44,68%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. 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	2243
Beobachtete Ereignisse	13
Erwartete Ereignisse	10,18
Ergebnis (Einheit)	1,28
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,28 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,04 - 1,06
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,75 - 2,18
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

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 oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)
Ergebnis-ID	52010
Grundgesamtheit	2243
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,00 - 0,00%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,17%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

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 zu einer Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut und/oder die Lederhaut betroffen ist, oder einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)
Ergebnis-ID	52326
Grundgesamtheit	2243
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,49%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,33 - 0,34%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,27 - 0,88%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. 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	2243
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,00 - 0,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,17%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. 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 bis zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)
Ergebnis-ID	521801
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,06 - 0,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

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

Trifft nicht zu.

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	01.01.2021 - 31.12.2021
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

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2021 von der COVID-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

In unserer Klinik werden keine Operationen durchgeführt.

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

C-5.2.1.a Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen

Trifft nicht zu.

C-5.2.1.b Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)

Trifft nicht zu.

C-5.2.1.c Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Absatz 5a SGB V)

Trifft nicht zu.

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

Trifft nicht zu.

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

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	5
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	5
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	3

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monats- bezogener Erfüllungs- grad	Ausnahme- tatbestände
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 K22	Tagschicht	100,00%	0
Geriatric	Station K22	Nachtschicht	100,00%	0
Geriatric	Station K3	Tagschicht	100,00%	0
Geriatric	Station K3	Nachtschicht	100,00%	0
Innere Medizin	Station K3	Tagschicht	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	99,73%
Geriatric	Station K2	Tagschicht	100,00%
Geriatric	Station K2	Nachtschicht	75,07%
Geriatric	Station K22	Tagschicht	100,00%
Geriatric	Station K22	Nachtschicht	24,76%
Geriatric	Station K3	Tagschicht	98,63%
Geriatric	Station K3	Nachtschicht	86,03%
Innere Medizin	Station K3	Tagschicht	98,63%

D Qualitätsmanagement

Die meisten Menschen wünschen sich gesund zu bleiben, wieder gesund zu werden oder Linderung zu erfahren bei nicht heilbaren Beschwerden. Ein Aufenthalt im Krankenhaus ist dafür manchmal unumgänglich. In allen Einrichtungen des Gesundheitswesens sind die Anforderungen an die Versorgungs- und Ergebnisqualität bereits sehr hoch. Hygiene und Patient:innensicherheit haben in den vergangenen zehn Jahren ein außerordentliches Niveau erreicht. Das Durchschnittsalter stationärer Patient:innen ist deutlich gestiegen und Untersuchungs- und Behandlungsmethoden werden komplexer. Herausforderungen wie die Zunahme von antibiotikaresistenten Keimen, Pandemien und deren Folgen, wie zum Beispiel Personal- und Lieferkettenengpässe, stellen das Gesundheitswesen vor große Herausforderungen.

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

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

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

Aus dem Blickwinkel unserer Patient:innen reflektieren wir regelhaft unsere Prozesse. Dafür nutzen wir bekannte Instrumente des Qualitätsmanagements. Wir analysieren Prozessdaten und nutzen die Erkenntnisse zur Optimierung. Viele Prozesse sind bereits digitalisiert, mit Prozessanalysen decken wir weitere Potentiale auf und managen die Maßnahmen bis zu ihrer erfolgreichen Umsetzung.

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



Audits

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

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

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

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

Risikomanagement

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

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

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

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

- Einführung eines Patient:innenarmbandes im stationären Bereich
- Standardisierung von Spritzenetiketten mit einer eindeutigen Kennzeichnung
- 4-Augen-Prinzip beim Stellen von Medikamenten
- Nutzung einer Arzneimittel-Informationen-Software (AiDKlinik), die die verordnete Patient:innenmedikation automatisch u. a. auf mögliche Interaktionen mit anderen Arzneimitteln, nötige Dosisanpassungen bei Niereninsuffizienz und Doppelverordnungen prüft.
- Etablierung einer Hygienekonzeption und deren konsequente Schulung
- Bei jedem aufgenommenen Patienten Screening nach multiresistentem Erreger MRSA mit dem Ziel, die mit MRSA besiedelten Patient:innen frühestmöglich zu identifizieren. Bei Bedarf können somit über die Basishygiene hinausgehende Hygiene- und ggf. Dekolonisationsmaßnahmen eingeleitet werden, um einer Keimverbreitung entgegenzuwirken.

Systemaudits statt Zertifizierungen

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

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

Meinungsmanagement

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



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

Ideen- und Innovationsmanagement

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

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

Befragungen

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

Eine umfassende Planung und ein reibungsloser Ablauf der Entlassung sowie die nahtlose Weiterversorgung unserer Patient:innen sind uns wichtige Anliegen. Hierbei wollen wir uns kontinuierlich verbessern. Deshalb führen wir seit Mai 2012 nach erfolgter Entlassung bei allen Patient:innen bzw. deren Angehörigen und nachversorgenden Einrichtungen eine schriftliche Befragung durch. Hierbei wird u. a. die Zufriedenheit mit der Entlassungsvorbereitung und -durchführung, der Hilfs- und Heilmittelversorgung, der Medikamentenversorgung sowie der Transportorganisation erfragt.

Im kollegialen Austausch mit einweisenden Ärzt:innen erhalten wir von diesen Rückmeldungen zur Zufriedenheit bezüglich unserer Aufnahme.

Wir setzen 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.

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

Projektmanagement

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

Auch Erfahrungen aus den Projekten und die Frage: „Was können wir oder andere aus diesem Projekt lernen für weitere Projekte?“ helfen dabei, uns stetig weiterzuentwickeln und zu verbessern. In unserer Einrichtung sind bereits viele Projekte erfolgreich abgeschlossen. Dazu zählt in 2021 unter anderem folgendes Prozess- und Digitalisierungsprojekt:

Einführung eines digitalen Speisenerfassungssystems:

- Dieses Projekt hatte die Zielsetzung der höchstmöglichen Patient:innenzufriedenheit im Rahmen der Speiserversorgung. Da wir über eine „eigene“ Küche im Haus verfügen, können wir Kostformen eigenständig zusammenstellen und kurzfristig auf sich ändernde Patient:innenwünsche reagieren. Unser gesamter Kostformkatalog sowie alle Lebensmittel aus dem Bestellsystem unseres Logistikzentrums sind in diesem Erfassungssystem abgebildet. Das Speisenerfassungssystem hat eine digitale Schnittstelle zu unserem Krankenhausinformationssystem, sodass einzelne Informationen nicht erneut erfasst werden müssen. Die erfolgte Speisenbefragung der Patient:innen wird digital erfasst und automatisch über das System an die Küche übertragen. Somit kann eine an die Wünsche der Patient:innen angepasste Speiserversorgung sichergestellt werden.