

# Qualitätsbericht 2017

Strukturierter Qualitätsbericht  
gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V  
für das Berichtsjahr 2017

Erstellt am 31.12.2018



## Inhaltsverzeichnis

-	<b>Einleitung .....</b>	<b>4</b>
<b>A</b>	<b>Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts .....</b>	<b>7</b>
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	7
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers .....	8
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus.....	9
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie.....	9
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	10
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	14
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit .....	15
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	16
A-9	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus.....	17
A-10	Gesamtfallzahlen .....	17
A-11	Personal des Krankenhauses .....	18
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....	31
A-13	Besondere apparative Ausstattung.....	45
<b>B</b>	<b>Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen.....</b>	<b>46</b>
B-1	Geriatric .....	46
<b>C</b>	<b>Qualitätssicherung.....</b>	<b>62</b>
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	62
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....	70
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V.....	70
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	70

C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V .....	70
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.....	70
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	71
<b>D</b>	<b>Qualitätsmanagement.....</b>	<b>72</b>

## - Einleitung

Strukturierter Qualitätsbericht

### Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

<b>Funktion</b>	Qualitäts- und Prozessmanagerin
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Maren Sohn
<b>Telefon</b>	06221/319-1780
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:msohn@bethanien-heidelberg.de">msohn@bethanien-heidelberg.de</a>



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

### Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

<b>Funktion</b>	Geschäftsführung seit 1.10.2017
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Michael Keller
<b>Telefon</b>	06221/319-1601
<b>Fax</b>	06221/319-1605
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:bpfeifer@bethanien-heidelberg.de">bpfeifer@bethanien-heidelberg.de</a>



*Abb. 2: Michael Keller  
Geschäftsführer*

### Weiterführende Links

**Link zur Homepage des Krankenhauses:** <http://www.bethanien-heidelberg.de/Start.381.0.html>

**Link zu weiterführenden Informationen:**

Frankfurt am Main, im Dezember 2018

## Sehr geehrte Damen und Herren,

auch im vergangenen Jahr befassten wir uns bei AGAPLESION detailliert mit allen Teilbereichen unserer Unternehmensstrategie. Ein wichtiger Bestandteil ist die Qualitätsstrategie. Diese fußt bei AGAPLESION auf der christlichen Identität und den Kernwerten, die im Leitbild verankert sind, und wird kontinuierlich an neue gesetzliche und gesellschaftliche Entwicklungen angepasst.

Der Megatrend Digitalisierung ist eine solche Entwicklung. Er beeinflusst zunehmend den Arbeitsalltag in Krankenhäusern und Wohn- und Pflegeeinrichtungen – gerade beim Thema Patientensicherheit. AGAPLESION verfolgt bereits seit 2016 eine Digitalstrategie, um die Behandlungs- und Versorgungsqualität zu steigern. Dabei möchte der Konzern alle Potenziale der innovativen Möglichkeiten ausschöpfen - verantwortungsbewusst und zum Wohle der Patienten, Bewohner und Mitarbeitenden. Damit hat die Digitalisierung bei AGAPLESION stets einen dienenden Charakter.

Federführend verantwortlich für die Qualitätssicherung ist der in diesem Jahr neu strukturierte Zentrale Dienst Prozess- und Qualitätsmanagement. Hierbei haben wir das klassische Qualitäts- und Risikomanagement um die Aufgabe ergänzt, die Geschäftsführer beim Prozessmanagement im Sinne einer kunden-, qualitäts- und bedarfsorientierten Leistungserbringung unter Berücksichtigung des Megatrends Digitalisierung zu unterstützen. Damit alle Prozesse nahtlos und reibungslos ineinander greifen, müssen die infrastrukturellen und technischen Voraussetzungen erfüllt sein. Hier kommt der Informationstechnik eine entscheidende Rolle zu – darum hat AGAPLESION die IT in ihrer konzernweiten Zusammenarbeit und Kompetenz gestärkt.

Letztlich ist die Qualitätssicherung aber Führungsaufgabe. Deshalb wird sie regelmäßig von uns als Vorstand geprüft und freigegeben. Denn in kaum einer Branche spielen Qualitätsfragen eine so entscheidende Rolle wie im Gesundheitswesen. Daher danken wir allen Mitarbeitenden in der Zentrale sowie in den Einrichtungen, die sich für eine kontinuierliche Prozessoptimierung einsetzen, um eine exzellente Qualität sicherzustellen und so die Lebensqualität unserer Patienten verbessern.

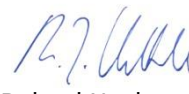
Mit freundlichen Grüßen



Dr. Markus Horneber  
Vorstandsvorsitzender  
AGAPLESION gAG



Jörg Marx  
Vorstand  
AGAPLESION gAG



Roland Kottke  
Vorstand  
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 Patienten wahr, ist in der klinischen Forschung und Lehre aktiv und bündelt medizinisches Expertenwissen in Zusammenarbeit mit der Universität Heidelberg.



Unsere Bereiche umfassen:

- Akutgeriatrie (105 Betten, hiervon 9 Betten palliativmedizinische Geriatrie, 14 Betten Geriatisch Internistische Station für akut erkrankte Demenzpatienten, 17 Betten Schlaganfallversorgung, 4 Überwachungsbetten)
- Stationäre geriatrische Rehabilitation (66 Betten)
- Ambulante geriatrische Rehabilitation (10 Plätze)

*Abb. 3: AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG*

Das AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG ist ein Unternehmen im diakonischen Einrichtungsverbund AGAPLESION gemeinnützige AG. Träger 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 Patienten spürbar sein und die Kundenzufriedenheit 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 2017. 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: [msohn@bethanien-heidelberg.de](mailto:msohn@bethanien-heidelberg.de)

Weitere Informationen finden Sie unter [www.bethanien-heidelberg.de](http://www.bethanien-heidelberg.de).

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

Heidelberg, im November 2018



Michael Keller  
Geschäftsführer  
AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG

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

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus	
Krankenhausname	AGAPLESION BETHANIE KRAKENHAUS HEIDELBERG
Hausanschrift	Rohrbacher Straße 149 69126 Heidelberg
Telefon	06221/319-0
Fax	06221/319-1435
Postanschrift	Rohrbacher Straße 149 69126 Heidelberg
Institutionskennzeichen	260822231
Standortnummer	00
URL	<a href="http://www.bethanien-heidelberg.de">http://www.bethanien-heidelberg.de</a>

### 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	<a href="mailto:Chefarztsekretariat@bethanien-heidelberg.de">Chefarztsekretariat@bethanien-heidelberg.de</a>



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	<a href="mailto:byurteri@bethanien-heidelberg.de">byurteri@bethanien-heidelberg.de</a>



Abb. 5: Margit Müller  
Pflegedirektorin

## Verwaltungsleitung

### Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin

<b>Funktion</b>	Geschäftsführung seit 1.10.2017
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Michael Keller
<b>Telefon</b>	06221/319-1601
<b>Fax</b>	06221/319-1605
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:bpfeifer@bethanien-heidelberg.de">bpfeifer@bethanien-heidelberg.de</a>



*Abb. 6: Michael Keller  
Geschäftsführer*

### Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin

<b>Funktion</b>	Verwaltungsdirektor
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Florian Kesberger
<b>Telefon</b>	06221/319-1601
<b>Fax</b>	06221/319-1605
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:bpfeifer@bethanien-heidelberg.de">bpfeifer@bethanien-heidelberg.de</a>



*Abb. 7: Florian Kesberger  
Verwaltungsdirektor*

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

### Krankenhausträger

<b>Name</b>	AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG gemeinnützige GmbH
<b>Art</b>	Freigemeinnützig





## 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
MP53	Aromapflege/-therapie	Auf unserer Palliativ- und Schlaganfallereinheit ergänzen Expertinnen für Aromapflege (Primavera®) die Pflege und Behandlung der Patienten gemäß unserem Aromapflege-Konzept.
MP04	Atemgymnastik/-therapie	Erfolgt regelmäßig durch ausgebildete Physiotherapeuten
MP06	Basale Stimulation	Durch Mitarbeiter der Ergotherapie, insbesondere bei Patienten in einer Palliativsituation und bei Menschen mit Demenz
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Palliativbereich, Abschiedsraum, Mitarbeiter mit Palliativweiterbildung, Abschiedsgottesdienst für Angehörige einmal im Quartal, Beileidskarte an die Angehörigen aller verstorbenen Patienten
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	Bei neurologischen Patienten durch ausgebildete Therapeuten und Pflegekräfte
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 (vgl. 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 insb. bei dementiell erkrankten Patienten und Patienten der Schlaganfallstation. Alle Patienten der frührehabilitativen geriatrischen Komplexbehandlung werden ergotherapeutisch behandelt. Hilfsmittelberatung, -erprobung und -versorgung durch MA der Ergotherapie
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	Durch ausgebildete Ergotherapeutinnen
MP21	Kinästhetik	Durch ausgebildete Pflegekräfte
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	Die Beratung und Versorgung von Patienten mit Inkontinenz erfolgt durch die Mitarbeiterinnen der Stabstelle Kontinenzberatung, ausgewiesenen Pflegeexpertinnen für Kontinenzförderung.
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	Kunst und Werktherapie wird angeboten.
MP24	Manuelle Lymphdrainage	Durch ausgebildete Physiotherapeuten
MP25	Massage	Durch ausgebildete Physiotherapeuten
MP26	Medizinische Fußpflege	Wird bei Bedarf von externen Dienstleistern angeboten
MP27	Musiktherapie	Die Musiktherapeutin ist im Demenz- und Palliativbereich eingesetzt.
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	Durch ausgebildete Physiotherapeuten
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	Physikalische Therapie durch ausgebildete Physiotherapeuten
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	Die Mehrzahl der Patienten erhält Physiotherapie in Einzeltherapie.
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	Seminarangebote bei der kooperierenden Akademie im Haus
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	Durch ausgebildete Physiotherapeuten
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	
MP37	Schmerztherapie/-management	Interdisziplinär

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP63	Sozialdienst	Der Sozialdienst ist bei allen Patienten, die im Rahmen der frührehabilitativen Komplexbehandlung behandelt werden und bei einem Großteil der restlichen Patienten involviert. Beratung, Information und Unterstützung der Patienten/ ihrer Angehörigen; Hilfe bei Anträgen etc.
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Tag der offenen Tür, Aktion Saubere Hände, regelmäßige Vortragsreihe "Altersfragen"
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen	Zu allen geriatrischen Syndromen
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	Durch ausgebildete Ergotherapeutinnen
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen	Ernährungsberatung
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	Poststationäres Trainingsangebot durch REGE e.V.: Das Präventions- und Rehabilitationstraining für ältere Menschen wurde von Sportwissenschaftlern unseres Hauses entwickelt. Ziel ist es, im Alter die Mobilität und Kraft gezielt zu fördern.
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	Stimm-, Sprach- und Schlucktherapie durch unsere Mitarbeiter der Logopädie
MP45	Stomatherapie/-beratung	Die Beratung und Versorgung von Stomapatienten erfolgt durch unsere Pflegeexpertinnen für Kontinenzförderung.
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	Umfassende Hilfsmittelberatung, -erprobung und -verordnung durch Physio- und Ergotherapie
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	Im Rahmen der physikalischen Therapie
MP51	Wundmanagement	Wir haben Pflegekräfte als Wundexperten nach den Kriterien der ICW (Initiative Chronische Wunde) geschult.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	Das Geriatrie 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 Pflegeheimbewohnern nachhaltig zu verbessern.
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen	Spezielle Therapien auf neurophysiologischer Grundlage (WB): Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF), Bobath, Affolter, Vojta. Dysphagie Therapie mit orofazialer Stimulation

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

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

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Link	Kommentar
NM67	Andachtsraum			Klinikkapelle und Abschiedsraum
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	Angebote für besondere Ernährungsgewohnheiten: z.B. vegetarische Küche, muslimische Ernährung		
NM02	Ein-Bett-Zimmer			4 Zimmer
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle			6 Zimmer
NM40	Empfangs- und Begleitsdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen			Grüne Damen, Patientenführer
NM14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	Kosten pro Tag: 0,00 €		
NM01	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum			
NM49	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen			Vortragsreihe „Altersfragen“ für Patienten, Angehörige und Interessierte
NM30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	Kosten pro Stunde maximal: 1,00 € Kosten pro Tag maximal: 10,00 €		bis 15 Min Frei, bis 1 Std. 1,00 €, jede weitere angefangene Stunde 1,00 €, Tageshöchstsatz 10,00 €
NM17	Rundfunkempfang am Bett	Kosten pro Tag: 0 €		kostenlos, in Klingelanlage integriert
NM42	Seelsorge			Betreuung, Gottesdienste und Gedenkgottesdienste für Verstorbene
NM18	Telefon am Bett	Kosten pro Tag: 2,00 € Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,15 € Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0,00 €		Grundgebühr über 2,00 €/Tag entfällt für Patienten mit Wahlleistung „Zimmer“

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Link	Kommentar
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)			
NM10	Zwei-Bett-Zimmer			6 Zimmer
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle			13 Zimmer
NM15	Internetanschluss am Bett/im Zimmer	Kosten pro Tag: 0 €		

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF04	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung

Weitere Aspekte der Barrierefreiheit haben wir für Sie in Kapitel B 1.4 aufgeführt.

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

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

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL09	Doktorandenbetreuung	Forschungsabteilung Prof. Dr. Klaus Hauer, Prof. Dr. Jürgen M. Bauer
FL01	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	Prof. Dr. Jürgen M. Bauer hat 2016 die Professur für Geriatrie an der Medizinischen Fakultät Heidelberg übernommen.
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien	Forschungsabteilung Prof. Dr. Klaus Hauer / Prof. Dr. Jürgen M. Bauer
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	Forschungsabteilung Prof. Dr. Klaus Hauer / Prof. Dr. Jürgen M. Bauer
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Als Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Heidelberg bilden wir Studierende im Praktischen Jahr und Famulaturen aus. Unterricht im Fach Geriatrie (Querschnittsbereich Q7) wird konzeptionell und inhaltlich vom AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG vertreten und durchgeführt.

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB03	Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin	Praktische Ausbildung in Zusammenarbeit mit: - Akademie für Gesundheitsberufe Heidelberg, Schule für Physiotherapie - IB-Gesellschaft für internationale Studien gGmbH, Schule für Physiotherapie - SRH Hochschule Heidelberg, Abteilung Physiotherapie
HB06	Ergotherapeut und Ergotherapeutin	Zusammenarbeit mit der SRH Fachschule für Ergotherapie Heidelberg (Praktische Ausbildung)



Außerdem sind wir eine praktische Ausbildungsstätte für die Altenpflege.

#### A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Betten	
Betten	101

#### A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	1993
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	0

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

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

#### Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) insgesamt

**Anzahl Vollkräfte:** 19,78

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	19,78	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	19,78	
Nicht Direkt	0	

#### **Davon Fachärzte/innen insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 7,5

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,5	
Nicht Direkt	0	

**Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) ohne Fachabteilungszuordnung**

**Anzahl Vollkräfte:** 0

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

**Davon Fachärzte/innen ohne Fachabteilungszuordnung**

**Anzahl Vollkräfte:** 0

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

**Belegärzte/innen 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 Krankenpfleger(innen)

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 27,11

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	27,11	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	27,11	
Nicht Direkt	0	

**Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

**Anzahl Vollkräfte:** 0,78

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,78	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,78	
Nicht Direkt	0	

**Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(innen)**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 0,07

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,07	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,07	
Nicht Direkt	0	

**Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

**Anzahl Vollkräfte:** 0

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

**Altenpfleger und Altenpflegerinnen**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 25,39

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	25,39	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	25,39	
Nicht Direkt	0	

**Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

**Anzahl Vollkräfte:** 0,76

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,76	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,76	
Nicht Direkt	0	

**Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen**

**Ausbildungsdauer:** 1 Jahre

**Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 4,02

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,02	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,02	
Nicht Direkt	0	

**Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

**Anzahl Vollkräfte:** 0

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

**Pflegehelfer und Pflegehelferinnen**

**Ausbildungsdauer:** ab 200 Std. Basiskurs

**Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 1,24

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,24	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,24	
Nicht Direkt	0	

**Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

**Anzahl Vollkräfte:** 0

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	



**Medizinische Fachangestellte**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 1,06

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,06	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,06	
Nicht Direkt	0	

**Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

**Anzahl Vollkräfte:** 0

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

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

Trifft nicht zu.

### A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

#### SP05 - Ergotherapeut und Ergotherapeutin

Anzahl Vollkräfte: 3,69

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,69	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,69	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 2,63

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,63	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,63	
Nicht Direkt	0	

### SP21 - Physiotherapeut und Physiotherapeutin

Anzahl Vollkräfte: 5,22

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,22	alle Physiotherapeuten sind Masseure
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,22	
Nicht Direkt	0	

### SP23 - Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin

Anzahl Vollkräfte: 0,63

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,63	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,63	
Nicht Direkt	0	

**SP25 - Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin**

**Anzahl Vollkräfte:** 4,36

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,36	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,36	
Nicht Direkt	0	

**SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement**

**Anzahl Vollkräfte:** 0,2

**Kommentar:** Fortbildung nach den Kriterien der ICW (Initiative Chronische Wunde)

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,2	
Nicht Direkt	0	

**SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Voita**

Anzahl Vollkräfte: 5

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5	
Nicht Direkt	0	

**SP60 - Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation**

Anzahl Vollkräfte: 2

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2	
Nicht Direkt	0	

**SP43 - Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF)**

Anzahl Vollkräfte: 2,75

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,75	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,75	
Nicht Direkt	0	

**SP61 - Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik**

Anzahl Vollkräfte: 6

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6	
Nicht Direkt	0	

**SP27 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie**

Anzahl Vollkräfte: 0,62

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,62	Die Beratung und Versorgung von Stomapatienten erfolgt durch unsere Pflegeexpertinnen für Kontinenzförderung (Stabstelle Pflegefachbereich Kontinenzberatung).

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

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,62	Die Beratung und Versorgung von Stomapatienten erfolgt durch unsere Pflegeexpertinnen für Kontinenzförderung (Stabstelle Pflegefachbereich Kontinenzberatung).

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 Patienten, ihrer Angehörigen, unserer Kooperationspartner aber auch der einweisenden Ärzte und Mitarbeiter, 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	
<b>Funktion</b>	Qualitäts- und Prozessmanagerin (seit 09-2018)
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Maren Sohn
<b>Telefon</b>	06221/319-1780
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:msohn@bethanien-heidelberg.de">msohn@bethanien-heidelberg.de</a>



*Abb. 8: Maren Sohn  
Verantwortliche für das Qualitätsmanagement*

### A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium	
<b>Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche</b>	Unser QM-Team setzt sich berufsgruppenübergreifend aus Vertretern der ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Bereiche sowie der Verwaltung zusammen. Das QM-Team wird von der QM-Beauftragten fachlich geleitet.
<b>Tagungsfrequenz des Gremiums</b>	quartalsweise

## A-12.2 Klinisches Risikomanagement

### A-12.2.1 Verantwortliche Person

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

Angaben zur Person	
<b>Angaben zur Person</b>	Entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement	
<b>Funktion</b>	Qualitäts- und Prozessmanagerin (seit 09-2018)
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Maren Sohn
<b>Telefon</b>	06221/319-1780
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:msohn@bethanien-heidelberg.de">msohn@bethanien-heidelberg.de</a>



*Abb. 9: Maren Sohn  
zuständig für das klinische Risikomanagement*

### A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe	
<b>Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe</b>	Ja - Wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement
<b>Beteiligte Abteilung / Funktionsbereich</b>	Unser QM-Team setzt sich berufsgruppenübergreifend aus Vertretern der ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Bereiche sowie der Verwaltung zusammen. Das QM-Team wird von der QM-Beauftragten fachlich geleitet.
<b>Tagungsfrequenz des Gremiums</b>	quartalsweise



### 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: AGAPLESION Risikomanagement Datum: 12.01.2016	Jährliche Bewertung des Managementsystems und des Risikomanagements durch die Betriebsleitung u.a. unter Berücksichtigung der für das Haus ausgemachten Risiken und der Vorgaben der DIN EN ISO 9001:2015. Außerdem gibt es u.a. Regelungen zu den Themen: Qualitätsmanagement, Patientensicherheit, Audits.
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		Vorgegebene Pflichtschulungen im Rahmen der Innerbetrieblichen Fortbildung; vielfältiges Angebot berufsgruppenspezifischer Fort- und Weiterbildungen, Schulungen im Dokumentenmanagementsystem roXtra, Auditschulungen etc.
RM03	Mitarbeiterbefragungen		Die Zufriedenheit unserer Mitarbeiter beeinflusst die Qualität unserer Einrichtung. Durch Mitarbeiterbefragungen haben alle Mitarbeiter eine weitere Möglichkeit, sich aktiv einzubringen. Des Weiteren soll die Etablierung der sechs Kernwerte in den AGAPLESION Einrichtungen unterstützt werden.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Name: Prozessbeschreibung Notfallmanagement Datum: 23.01.2017	Einmaliger Grundlagenkurs Notfallmanagement für alle Ärzte und Pflegekräfte; danach alle zwei Jahre Refresher-Training
RM05	Schmerzmanagement	Name: Prozessbeschreibung 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: 20.02.2015	Unter Berücksichtigung des Nationalen Expertenstandards „Sturzprophylaxe in der Pflege“; derzeit in Überarbeitung
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Name: Pflegestandard Dekubitusprophylaxe Datum: 20.02.2015	Auf Grundlage des Nationalen Expertenstandards „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“; befindet sich derzeit in Überarbeitung
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Name: Prozessbeschreibung Freiheitsentziehende Maßnahmen Datum: 28.05.2018	Wir versuchen bei der Betreuung von Patienten weitestgehend auf freiheitsentziehende Maßnahmen zu verzichten.
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Name: AGAPLESION Richtlinie Medizintechnik Datum: 24.02.2017	Auf allen Stationen sind geschulte stellvertretende beauftragte Personen gem. §5 MPBetreibV benannt. Der Ablauf im Umgang mit Funktionsausfällen bei Medizinprodukten ist geregelt. Die fachliche Betreuung für den Bereich Medizintechnik erfolgt durch eine Tochtergesellschaft des Konzerns.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen Palliativbesprechungen Qualitätszirkel	Außerdem Durchführung von wöchentlichen fallbezogenen Teambesprechungen. Diese stellen das Kernstück geriatrischer Behandlung dar. Im interdisziplinären Informationsaustausch wird der Behandlungsprozess strukturiert und effizient auf den Patienten abgestimmt.
RM11	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe	Name: Prozessbeschreibung Medikamentenmanagement, Pflegestandard Umgang mit Betäubungsmitteln Datum: 23.05.2018	Die Medikamentenausgabe erfolgt unter Beachtung des 4-Augenprinzips. Eine Pflegekraft richtet die Tabletten unter Berücksichtigung der „5R-Regel“. Vor der Medikamentenausgabe kontrolliert eine zweite Pflegekraft erneut die Tabletten, bevor sie dem Patienten ausgegeben werden.
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		Um unsere Patienten in die Lage zu versetzen, eine medizinische Situation soweit zu verstehen, dass sie in der Lage sind, bei einer fundierten Entscheidung über die einzuschlagende medizinische Vorgehensweise partnerschaftlich mitzuentcheiden, setzen wir auf standardisierte Aufklärungsbögen.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Name: Verfahrensweisung "Umgang mit dem Patienten-Identifikationsarmband" Datum: 22.05.2018	Das Patienten-Identifikationsarmband dient während des gesamten Krankenhausaufenthaltes dazu, die Identität des Patienten bei allen Diagnose- und Behandlungsschritten festzustellen oder zu kontrollieren sowie das Risiko von Verwechslungen und deren Folgen zu vermeiden.
RM18	Entlassungsmanagement	Name: Prozessbeschreibung "Entlassmanagement" inkl. mitgeltende Unterlagen Datum: 23.05.2018	Das Entlassmanagement soll eine reibungslose Entlassung und eine nahtlose Weiterversorgung der Patienten 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 Software AiDKlinik (Arzneimittel-Informationen-Dienst) ist im Einsatz. Diese prüft die verordnete Patientenmedikation automatisch u.a. auf mögliche Interaktionen mit anderen Arzneimitteln, nötige Dosisanpassungen bei Niereninsuffizienz und Doppelverordnungen. Für Medikamente, die mit Spritzen verabreicht werden, gelten besondere Richtlinien. Um die Verwechslungsgefahr zu verringern, werden vorgedruckte Etiketten mit verschiedenen Farben eingesetzt.

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	09.01.2017
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich
IF03	Schulungen der 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
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

## A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

### A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaustygeniker und Krankenhaustygenikerinnen	1	Betreuung durch AGAPLESION HYGIENE - Institut für Hygiene & Umweltmedizin
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	1	
Fachgesundheits- und Krankenpfleger und Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	1	Vertrag mit externem Dienstleister mit Zeitkontingent gemäß der gesetzlichen Vorgaben
Hygienebeauftragte in der Pflege	7	Hygienebeauftragte in der Pflege und Therapie (40 Unterrichtseinheiten à 45 min)

### Hygienekommission

Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich

### Hygienekommission Vorsitzender

Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Jürgen M. Bauer
Telefon	06221/319-1749
Fax	06221/319-1505
E-Mail	<a href="mailto:Chefarztsekretariat@bethanien-heidelberg.de">Chefarztsekretariat@bethanien-heidelberg.de</a>



Abb. 10: Professor Dr. Jürgen M. Bauer  
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 Nein

Der Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern lag 2017 noch nicht vor. Mittlerweile liegt der Standard vor.

### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

#### Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie

Die Leitlinie liegt vor Nein

#### Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe

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 Wundauflage Nein

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

Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert Ja

zu d) Prüfung Notwendigkeit sterile Wundauflage: Der Standard wurde in 2018 entsprechend ergänzt.

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

#### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

##### Händedesinfektionsmittelverbrauch

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch  
Allgemeinstationen wurde erhoben Ja

##### Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen

- auf allen Allgemeinstationen 50,00 ml/Patiententag

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch  
Intensivstationen wurde erhoben Keine Intensivstation vorhanden

Stationsbezogene Erfassung des  
Verbrauchs Ja

#### A-12.3.2.5 Umgang mit 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 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)	Zertifikat Silber	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		Die Aufbereitung von Medizinprodukten ist extern vergeben.
HM09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		Schulungen zu hygienerelevanten Themen erfolgen auch berufsgruppenbezogen; ein Fortbildungsplan ist vorhanden.

## A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja	Unser Meinungsmanagement, orientiert sich an dem in der Literatur ausgewiesenen Beschwerdemanagementprozess. AGAPLESION hat sich bewusst für die Formulierung Meinungsmanagement entschieden, weil 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 Meinungsmanagement eingeht, wird von uns schriftlich beantwortet.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja	Anregungen, Kritik oder Lob können Patienten, Angehörige und Besucher gerne jederzeit vertrauensvoll gegenüber unseren Mitarbeitern äußern. Unser Team wird versuchen, individuelle Wünsche und Bedürfnisse zu realisieren. Auch unsere Mitarbeiterinnen des Meinungsmanagements nehmen 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	Jeder Patient erhält bei Aufnahme den Meinungsbogen „Ihre Meinung ist uns wichtig“, mit dem er Beschwerden, Lob und Anregungen rückmelden kann. Für Angehörige, Besucher und Mitarbeiter sind im Eingangsbereich unseres Hauses Meinungsbögen ausgelegt. Sofern gewünscht, sind unsere Mitarbeiter beim Ausfüllen des Meinungsbogens jederzeit behilflich. Diese können am Empfang abgegeben oder in den dafür vorgesehenen Briefkasten eingeworfen werden. Zudem kann der Bogen online ausgefüllt werden.

### Lob- und Beschwerdemanagement

Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert Ja

### Kommentar / Erläuterungen

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 Hausärzten zum Ziel. Außerdem finden Befragungen der einweisenden Ärzte 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 Patienten. Deshalb befragen wir jeden Patienten bzw. dessen 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@bethanien-heidelberg.de](mailto:IhreMeinung@bethanien-heidelberg.de)



*Abb. 11: Beate Yurteri nimmt Lob und Beschwerden entgegen*

### Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements

<b>Link zum Bericht</b>	<a href="http://www.bethanien-heidelberg.de/fileadmin/bkhheidelberg/PDF/QB2013.pdf">http://www.bethanien-heidelberg.de/fileadmin/bkhheidelberg/PDF/QB2013.pdf</a>
<b>Kommentar</b>	Unter <a href="http://www.bethanien-heidelberg.de/Meinungsmanagement.5728.0.html">http://www.bethanien-heidelberg.de/Meinungsmanagement.5728.0.html</a> finden Sie den Meinungsbogen als pdf-Datei zum Herunterladen sowie das Online-Formular.

### Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherinnen

#### Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

<b>Funktion</b>	Patientenfürsprecher
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Walter Spies
<b>Telefon</b>	06221/319-0
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:info@bethanien-heidelberg.de">info@bethanien-heidelberg.de</a>



*Abb. 12: Walter Spies ist Patientenfürsprecher für die Patienten der geriatrischen Rehabilitation*

#### Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

<b>Funktion</b>	Patientenfürsprecher
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Cornelia Schati
<b>Telefon</b>	06221/319-0
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:info@bethanien-heidelberg.de">info@bethanien-heidelberg.de</a>



*Abb. 13: Cornelia Schati ist Patientenfürsprecherin für die Akutgeriatrie*

### Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprechern oder Patientenfürsprecherinnen

<b>Kommentar</b>	Die Patientenfürsprecher bieten Sprechstunden an und besuchen Patienten regelmäßig im Zimmer. Bei Bedarf vermitteln sie bei Unzufriedenheit bzw. Konflikten zwischen Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern. Der Kontakt zu den Patientenfürsprechern wird bei Bedarf am Empfang vermittelt. Durch die Unabhängigkeit der ehrenamtlich Tätigen soll die Hemmschwelle für Meinungsäußerungen gesenkt werden.
------------------	--

## 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

## B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

### B-1 Geriatrie

#### B-1.1 Allgemeine Angaben – Geriatrie

##### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Geriatrie
Fachabteilungsschlüssel	0200 3752
Art	Hauptabteilung

##### Chefärzte/-ärztinnen

###### Chefarzt/Chefärztin

Funktion	Ärztlicher Direktor / Chefarzt Akutgeriatrie
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Jürgen M. Bauer
Telefon	06221/319-1501
Fax	06221/319-1505
E-Mail	<a href="mailto:Chefarztsekretariat@bethanien-heidelberg.de">Chefarztsekretariat@bethanien-heidelberg.de</a>



*Abb. 14: Professor Dr. Jürgen M. Bauer ist Ärztlicher Direktor und Chefarzt für Akutgeriatrie*

##### Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Rohrbacher Str. 149	69126 Heidelberg	<a href="http://www.bethanien-heidelberg.de">http://www.bethanien-heidelberg.de</a>

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

##### Angaben zu Zielvereinbarungen

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

### B-1.3 Medizinische Leistungsangebote – Geriatrie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Geriatrie	Kommentar
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	Konservative Diagnostik und Therapie
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	In Kooperation mit der Radiologischen Praxis im Haus.
VR10	Computertomographie (CT), nativ	In Kooperation mit der Radiologischen Praxis im Haus.
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	In Kooperation mit der Radiologischen Praxis im Haus.
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	Konservative Diagnostik und Therapie
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden	
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	Konservative Diagnostik und Therapie
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems	Konservative Diagnostik und Therapie
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	Konservative Diagnostik und Therapie
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	Konservative Diagnostik und Therapie
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	Konservative Diagnostik und Therapie
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	Konservative Diagnostik und Therapie
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	Konservative Diagnostik und Therapie
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen	Konservative Diagnostik und Therapie
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	Schwerpunktkrankenhaus bzw. Geriatrisches Zentrum
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	Als spezialisierte Einrichtung
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
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns	Konservative Diagnostik und Therapie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Geriatrie	Kommentar
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	Konservative Diagnostik und Therapie
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	Konservative Diagnostik und Therapie
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	Konservative Diagnostik und Therapie
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	Konservative Diagnostik und Therapie
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	Konservative Diagnostik und Therapie
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane	
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln	Konservative Diagnostik und Therapie
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus	Konservative Diagnostik und Therapie
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	Konservative Diagnostik und Therapie
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	Konservative Diagnostik und Therapie
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns	Konservative Diagnostik und Therapie
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	Konservative Diagnostik und Therapie
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz	Konservative Diagnostik und Therapie
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	Konservative Diagnostik und Therapie
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems	Konservative Diagnostik und Therapie
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	Oberärztin mit Facharzt Psychiatrie
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	Konservative Diagnostik und Therapie
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters	
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems	Konservative Diagnostik und Therapie
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	Konservative Diagnostik und Therapie
VU07	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems	
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes	Konservative Diagnostik und Therapie



Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Geriatrie	Kommentar
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien	Konservative Diagnostik und Therapie
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen	Konservative Diagnostik und Therapie
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes	
VU01	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten	
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane	Konservative Diagnostik und Therapie
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis	
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen	Konservative Diagnostik und Therapie
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	Konservative Diagnostik und Therapie
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	Schwerpunkt neurodegenerative Erkrankungen
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	
VI35	Endoskopie	Schluckendoskopie (FEES)
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.
VI00	Geriatrisches Zentrum (Altersmedizin)	
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	In Kooperation mit der Radiologischen Praxis im Haus.
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	In Kooperation mit der Radiologischen Praxis im Haus.
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	In Kooperation mit der Radiologischen Praxis im Haus.
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	In Kooperation mit der Radiologischen Praxis im Haus.
VR02	Native Sonographie	
VU09	Neuro-Urologie	
VI38	Palliativmedizin	Abteilung für Palliativmedizinische Therapie
VI39	Physikalische Therapie	Abteilung für Physikalische Therapie
VI40	Schmerztherapie	
VN23	Schmerztherapie	
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie	

<b>Nr.</b>	<b>Medizinische Leistungsangebote - Geriatrie</b>	<b>Kommentar</b>
VI27	Spezialsprechstunde	Kontinenz, Dysphagie
VU14	Spezialsprechstunde	Kontinenzberatung
VI42	Transfusionsmedizin	
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	

## B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit – Geriatrie

Nr.	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Geriatrie	Kommentar
BF15	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	Die geriatrisch internistische Station für akut erkrankte Demenzpatienten (GISAD) wurde in unserem Haus entwickelt und 2004 im Rahmen eines Modellprojektes als eine der ersten dieser Art eröffnet. Sie dient Patienten mit herausforderndem Verhalten als „geschützter Bereich“.
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	Die Fremdsprachenkenntnisse unserer Mitarbeiter sind transparent aufgelistet und können bei Bedarf in Anspruch genommen werden. Zur Unterstützung der Aufklärung von und der Kommunikation mit türkischen und russischen Patienten kommt eine mit Piktogrammen hinterlegte Übersetzungshilfe zum Einsatz.
BF11	Besondere personelle Unterstützung	Begleitung der Patienten zu Therapie und Diagnostik
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	Die geriatrisch internistische Station für akut erkrankte Demenzpatienten (GISAD) ist eine spezialisierte Behandlungseinheit für Patienten, die an Demenz oder Verwirrtheitszuständen leiden. Zusätzlich zu den Therapieeinheiten finden hier tagesstrukturierende Angebote durch Präsenzkkräfte statt.
BF24	Diätetische Angebote	Allergien, Dysphagien sowie der Ernährungszustand unserer Patienten werden beim Speisenangebot berücksichtigt.
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)	Niedrigflurbetten für Patienten mit geringer Körpergröße und/oder Sturzgefährdung; elektrisch verstellbare Betten; Bettverlängerung bei Patienten mit „Übergröße“
BF21	Hilfsmittel zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter	
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe	Rollstühle mit Überbreite
BF28	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen	

Nr.	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Geriatrie	Kommentar
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen	
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	CT bis 270 kg; in Kooperation mit Radiologischer Praxis
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten	Blutdruckmanschetten mit Übergröße
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette	
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche oder Ähnliches	

## B-1.5 Fallzahlen - Geriatrie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1993
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I63	200	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt
2	I50	141	Herzschwäche
3	J18	103	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
4	S72	85	Knochenbruch des Oberschenkels
5	F05	80	Verwirrheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt
6	E86	75	Flüssigkeitsmangel
7	N39	56	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
8	J69	50	Lungenentzündung durch Einatmen fester oder flüssiger Substanzen, z.B. Nahrung oder Blut
9	E87	48	Sonstige Störung des Wasser- und Salzhaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts
10	S06	46	Verletzung des Schädelinneren
11	S32	41	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens
12	I61	38	Schlaganfall durch Blutung innerhalb des Gehirns
13	G40	36	Anfallsleiden - Epilepsie
14	R26	31	Störung des Ganges bzw. der Beweglichkeit
15	N30	30	Entzündung der Harnblase

## **B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)**

## **B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

### **B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

<b>Rang</b>	<b>OPS-301</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>
1	8-550	808	Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) erkrankter älterer Menschen
2	9-984	772	Pflegebedürftigkeit
3	9-200	567	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
4	3-200	235	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
5	8-930	225	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
6	8-982	223	Fachübergreifende Sterbebegleitung
7	8-800	88	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
8	1-632	47	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
9	3-220	31	Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel
10	1-440	30	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberen Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung
11	1-770	30	Fachübergreifende Vorsorge und Basisuntersuchung von alten Menschen
12	3-203	29	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel
13	8-132	24	Spülung oder Gabe von Medikamenten in die Harnblase
14	5-431	21	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung
15	3-206	19	Computertomographie (CT) des Beckens ohne Kontrastmittel

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

## **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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung vorhanden	Nein

## B-1.11 Personelle Ausstattung

### B-1.11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

#### Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 19,78

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	19,78	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	19,78	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 100,75834

#### Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 7,5

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,5	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:** 265,73333

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen**

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar
AQ23	Innere Medizin	Weiterbildungsbefugnis
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie	

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen**

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
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 Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 26,33

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	26,33	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	26,33	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 75,69313

#### Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,07

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,07	
Ambulant	0	



Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,07	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:** 28471,42857

### Altenpfleger und Altenpflegerinnen

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 24,63

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	24,63	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	24,63	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:** 80,91758

### Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

**Ausbildungsdauer:** 1 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 4,02

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,02	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,02	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:** 495,77114

**Pflegehelfer und Pflegehelferinnen**

**Ausbildungsdauer:** ab 200 Std. Basiskurs

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 1,24

**Kommentar:** inkl. Stationshilfen

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,24	inkl. Stationshilfen
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,24	inkl. Stationshilfen
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:** 1607,25806

### Medizinische Fachangestellte

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 1,06

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,06	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,06	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:** 1880,18868

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

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ02	Diplom	Eine promovierte Pflegewissenschaftlerin (Dr. phil.) bekleidet die Stabstelle PKMS. Die Stabstelle Kontinenzberatung ist u.a. durch eine Diplom-Pflegepädagogin (FH) besetzt.
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie	Wir haben Pflegefachkräfte mit Qualifizierung im Intermediate Care Bereich (IMC).
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	Die Stationsleitungen unserer geriatrischen Akutstationen verfügen alle über die Weiterbildung „Leitung einer Stationseinheit“.
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	Eine Pflegekraft besitzt die Weiterbildung zur „Pflegefachkraft für Gerontopsychiatrie“.
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	Jede Station verfügt über einen Hygienebeauftragten in der Pflege.
PQ20	Praxisanleitung	Jede Station verfügt über einen Praxisanleiter.

## 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. Diesen haben insgesamt elf unserer Pflegefachkräfte absolviert.
ZP18	Dekubitusmanagement	Die Wund- und Dekubitusversorgung erfolgt durch unsere Wundexperten. Pflichtfortbildungen zum Thema Dekubitusprophylaxe sind Bestandteil unseres IBF-Programms.
ZP06	Ernährungsmanagement	
ZP07	Geriatrie	Elf unserer Mitarbeitenden besitzen die Zusatzqualifikation „Führerschein Geriatrie“.
ZP08	Kinästhetik	Sechs unserer Pflegefachkräfte verfügen über Grundlagen- und fortgeschrittene Kenntnisse.
ZP09	Kontinenzmanagement	Die Beratung und Versorgung von Patienten mit Kontinenzproblemen sowie von Stomapatienten erfolgt durch unsere Pflegeexpertinnen für Kontinenzförderung (Stabstelle Pflegefachbereich Kontinenzberatung).
ZP20	Palliative Care	14 Mitarbeitenden besitzen die Zusatzqualifikation „Palliative Care“. Darüber hinaus arbeiten in unserer Palliativeinheit geschulte Aromaexpertinnen (Pflege).
ZP13	Qualitätsmanagement	Zwei unserer Stationsleitungen sind Mitglieder des Qualitätsmanagement-Teams.
ZP14	Schmerzmanagement	Im Curriculum der Weiterbildungen Palliative Care und des „Führerscheins Geriatrie“ sind Grundlagenkenntnisse zum Schmerzmanagement fester Bestandteil.
ZP15	Stomamanagement	Die Beratung und Versorgung von Stomapatienten erfolgt durch unsere Pflegeexpertinnen für Kontinenzförderung. Fortbildungen zum Thema Stomaversorgung sind Bestandteil unseres IBF-Programms.

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP19	Sturzmanagement	Das Thema Sturzprävention ist fester Bestandteil unseres IBF-Programms und unserer wöchentlichen Kurzfortbildungsreihe. Zudem wird die Thematik in der Weiterbildung „Führerschein Geriatrie“ umfassend unterrichtet.
ZP16	Wundmanagement	Unsere Wundexperten haben die Fortbildung nach den Kriterien der ICW (Initiative Chronische Wunde) absolviert.
ZP02	Bobath	Sechs unserer Pflegekräfte verfügen über den zweiwöchigen Bobathkurs für Pflegende.

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

**Psychiatrische Fachabteilung:**            Nein

## C Qualitätssicherung

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

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

#### C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	48	100,0	
Geburtshilfe (16/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung: Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (HEP_WE)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Karotis-Revaskularisation (10/2)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen (KEP_IMP)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesenwechsel und –komponentenwechsel (KEP_WE)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Mammachirurgie (18/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Neonatalogie (NEO)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	199	100,0	
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH) <sup>1</sup>			In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Aortenklappenchirurgie, isoliert (HCH)			In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Koronarchirurgie, isoliert (HCH)			In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation (HCH_AORT_KATH_ENDO)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation (HCH_AORT_KATH_TRAPI)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

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

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Herztransplantation (HTXM_TX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Leberlebendspende (LLS)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lebertransplantation (LTX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nierenlebendspende (NLS)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nierentransplantation (PNTX) <sup>2</sup>			In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation (PNTX)			In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

<sup>2</sup>In den Leistungsbereichen Nierentransplantation und Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.



**C-1.2.[1] Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem QS-Verfahren für das Krankenhaus**

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

**C-1.2.[1] A.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt**

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
<b>Grundgesamtheit</b>	37
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	36
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	97,30%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,00%
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	98,39 - 98,48%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	86,18 - 99,52%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde nicht aus anderem Krankenhaus aufgenommen)
<b>Grundgesamtheit</b>	18
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	16
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	88,89%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,00%
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	95,18 - 95,35%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	67,20 - 96,90%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	H20 - Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Index = 1 oder 2)
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit mittlerem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben
<b>Grundgesamtheit</b>	13
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	13
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,00%
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	93,88 - 94,13%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	77,19 - 100,00%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB) Qualitätsindikator (QI)	Ambulant erworbene Pneumonie Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung
<b>Grundgesamtheit</b>	12
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	12
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,00%
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	95,49 - 95,68%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	75,75 - 100,00%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB) Qualitätsindikator (QI)	Ambulant erworbene Pneumonie Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
<b>Grundgesamtheit</b>	37
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	14
<b>Erwartete Ereignisse</b>	8,17
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	1,71
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 1,58
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,03 - 1,05
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	1,09 - 2,44
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	U31 - Besondere klinische Situation

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus
<b>Grundgesamtheit</b>	37
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	36
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	97,30%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,00%
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	96,18 - 96,32%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	86,18 - 99,52%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde nicht aus anderem Krankenhaus aufgenommen)
<b>Grundgesamtheit</b>	31
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	30
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	96,77
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	98,45 - 98,54
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	83,81 - 99,43
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde aus anderem Krankenhaus aufgenommen)
<b>Grundgesamtheit</b>	6
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	6
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	96,25 - 96,97
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	60,97 - 100,00
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Pflege: Dekubitusprophylaxe</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts eine erhebliche Schädigung der Haut durch Druck erworben haben, die bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke reicht (Grad/ Kategorie 4)
<b>Grundgesamtheit</b>	3145
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Sentinel-Event
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,01 - 0,01
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 0,12
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

**C-1.2.[1] A.II Qualitätsindikatoren, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Strukturierten Dialog 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
Schlaganfall: Akutbehandlung	Ja
MRE	Ja

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

Trifft nicht zu.

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

Trifft nicht zu.

**C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V**

Trifft nicht zu.

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

Trifft nicht zu.

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

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen	6
1.1	Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 1.1.1]	6
1.1.1	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 1.1]	2

## D Qualitätsmanagement

Für die meisten Menschen sind eines der wichtigsten Themen und Besorgnisse im täglichen Leben der Erhalt oder die Wiederherstellung der persönlichen Gesundheit. Die Anforderungen an die Versorgungs- und Ergebnisqualität in Krankenhäusern sind bereits sehr hoch und werden laufend angepasst. Hygiene und Patientensicherheit haben in den vergangenen zehn Jahren ein außerordentliches Niveau erreicht. Das ist auch notwendig, denn das gestiegene Durchschnittsalter stationärer Patienten, die immer komplexeren Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und die Entwicklung von antibiotikaresistenten Keimen stellen das Gesundheitswesen vor große Herausforderungen.

Bei AGAPLESION ist der Anspruch an Qualität Teil der strategischen Unternehmensplanung. Unsere Qualitätspolitik zielt darauf ab, die zahlreichen Instrumente der Qualitätssicherung systematisch miteinander zu verzahnen und Qualität messbar zu machen. Grundlage der Qualitätspolitik von AGAPLESION ist die Norm DIN EN ISO 9001 ff, die die Anforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem regelt, diese sind im für alle Mitarbeitenden zugänglichen Qualitätsmanagementhandbuch hinterlegt. Durch die AGAPLESION weite Definition der Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozesse unterstützen wir einen prozessorientierter Ansatz in der täglichen Arbeit.

Ein Konzernverbund wie AGAPLESION hat die Möglichkeit, Fachleute aus verschiedenen Einrichtungen zusammenzubringen. Durch diesen Expertenaustausch können Qualitätsstandards umfassend und zielgerichtet entwickelt und umgesetzt werden. Die verschiedenen Gremien der integrativen Managementstruktur (Fachkonferenzen, Lenkungsgruppen etc.) tragen aktiv zur Weiterentwicklung der AGAPLESION Qualitätspolitik bei.

Wir verstehen Qualitätsmanagement als ganzheitlichen Managementansatz zur Erfüllung der an uns gestellten Erwartungen und als Chance zur kontinuierlichen Verbesserung unserer Leistungen. Ausgehend von dem Blickwinkel des Patienten werden Prozesse mit den Instrumenten des Qualitätsmanagements kritisch hinterfragt. Unser Leitbild und das EinsA-Qualitätsversprechen sind hierfür das Fundament unserer täglichen Arbeit. Die folgenden Instrumente kommen dabei zum Einsatz:





## Audits

Audits sind systematische und unabhängige Bewertungen, in welchem Maße gestellte Qualitätsanforderungen erfüllt sind. Auf der Grundlage von Nachweisen wird der Erfüllungsgrad der Anforderungen objektiv bewertet und dokumentiert.

Wir ermitteln bei geplanten Begehungen und Gesprächen, den sogenannten internen Audits, ob das Qualitätsmanagement-System die gesetzlich festgelegten, unsere eigenen sowie die Anforderungen der Zertifizierungsnorm DIN EN ISO 9001:2015 erfüllt. Von der Aufnahme bis zur Entlassung des Patienten analysieren wir die Prozesse und überprüfen diese auf deren wirksame Umsetzung. Aus der Überprüfung leiten wir konkrete Verbesserungspotenziale ab, die in die Arbeit des internen Qualitätsmanagements einfließen.

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

In allen Arbeitsbereichen können Risiken entstehen oder vorhanden sein. Risiken zu identifizieren und zu beherrschen ist das zentrale Anliegen des Risikomanagements. Das Risikomanagement in unserer Einrichtung hat zum Ziel, Risiken frühzeitig zu erkennen, zu bewerten und zu vermindern bzw. zu beseitigen. Wir führen strukturiert Informationen durch Risikointerviews, Begehungen und Audits zusammen, analysieren diese und leiten entsprechende Maßnahmen ab.

Ein anonymes Frühwarnsystem zur systematischen Identifizierung von Risiken ist das Critical Incident Reporting System (CIRS). In diesem Meldesystem werden kritische Ereignisse durch die Mitarbeitenden erfasst, bevor sie zu Fehlern oder gar schadhaften Folgen führen. Die Meldungen von Mitarbeitern werden durch ein multiprofessionelles Team aufgearbeitet, Lösungsstrategien entwickelt und ggf. notwendige Veränderungen an Strukturen oder Prozessen vorgenommen. Abschließend folgt die Weitervermittlung der Neuerungen an die Mitarbeiter und die Umsetzung in die Praxis. Das System trägt dazu bei, Mitarbeitende für Fehlerquellen zu sensibilisieren und diese rechtzeitig aufzudecken. Der offene Umgang mit dem Thema hat bereits spürbar zu einer Sicherheitskultur im Unternehmen geführt.

Zur Sicherung und Steigerung der Patientensicherheit setzen wir in unserem Haus in allen Bereichen Standards und Maßnahmen um, die dazu dienen, die Identifikation des Patienten im Rahmen des stationären Behandlungsverlaufes sicherzustellen, sowie das Risiko von Verwechslungen und Fehlern sowie deren Folgen auszuschließen. Umgesetzte Maßnahmen im Bereich Patientensicherheit sind zum Beispiel:

- Teilnahme am AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT
- Einführung des Patientenarmbandes im stationären Bereich
- Standardisierung von Spritzenetiketten mit einer eindeutigen Kennzeichnung
- 4-Augen-Prinzip beim Stellen von Medikamenten
- Einführung einer Arzneimittel-Informations-Software (AiDKlinik), die die verordnete Patientenmedikation 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 multiresistenten Erregern (MRE) mit dem Ziel, die mit MRE besiedelte Patienten frühestmöglich zu identifizieren. Bei Bedarf können somit über die Basishygiene hinausgehende Hygiene- und ggf. Dekolonisationsmaßnahmen eingeleitet werden, um einer Keimverbreitung entgegenzuwirken.

Die beschriebenen Maßnahmen sind auch in dem Film zur Patientensicherheit in unserem Internetauftritt zu sehen.

## Zertifizierungen

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

Unsere Küche ist EU-zertifiziert. Außerdem haben wir das RAL Gütesiegel „Kompetenz richtig Essen“ der GEK (Gütegemeinschaft Ernährungskompetenz e.V.), welches alle zwei Jahre erneut geprüft wird.



Abb. 15: pCC-zertifiziert nach DIN EN ISO 9001 : 2008



Abb. 16: Das RAL Gütesiegel steht für „Kompetenz richtig Essen“

## Meinungsmanagement

Das Meinungsmanagement stellt einen wichtigen Baustein zur Qualitätsverbesserung dar. Es umfasst das Management sämtlicher Meinungsäußerungen, zu denen Lob, Anregung und Beschwerden gehören. Alle Interessengruppen können in schriftlicher oder mündlicher Form ihre Meinung abgeben. Diese nutzen wir aktiv als Chance zur Qualitätsverbesserung. Grundsätzlich sind alle Mitarbeiter Ansprechpartner, um eine Rückmeldung aufzunehmen. Jede Meinung zählt für uns, ganz gleich ob Lob, Anregung oder Beschwerde. Die eingegangenen Meinungen werden von unseren Meinungsmanagern bearbeitet und an die jeweils zuständigen Abteilungen weitergeleitet.

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



## Ideen- und Innovationsmanagement

Unsere Mitarbeiter sind der Schlüssel zum Erfolg und Wissensträger vieler innovativer Ideen, denen es gilt, Beachtung zu schenken. Ziel des Ideenmanagements ist es daher, eine für alle Mitarbeiter verständliche, attraktive und motivierende Grundlage für Ideen zu schaffen. Anhand unserer Ideenbörse können Mitarbeitende als Experten der Praxis Verbesserungsvorschläge und Ideen einreichen. Aus diesen Anregungen lassen sich 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.

## Befragung

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

Eine umfassende Planung und ein reibungsloser Ablauf der Entlassung sowie die nahtlose Weiterversorgung unserer Patienten sind uns wichtige Anliegen. Hierbei wollen wir uns kontinuierlich verbessern. Deshalb führen wir seit Mai 2012 nach erfolgter Entlassung bei allen Patienten 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 Ärzten und bei regionalen Qualitätszirkeln erhalten wir Rückmeldungen der Ärzte zur Zufriedenheit bezüglich unserer Aufnahme- und Entlassungsmodalitäten sowie den Informationen zum Behandlungsprozess. Außerdem finden im Rahmen von regionalen Qualitätszirkeln enge persönliche kollegiale Austausche statt.

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 Hausärzten zum Ziel.

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

Weiterführende Informationen zum Thema Befragung finden Sie in Teil A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

## Projektorganisation

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

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

### **Silberabzeichen Aktion Saubere Hände**

Die Teilnahme an der Aktion Saubere Hände, zur Förderung der Händehygiene im Krankenhaus, ist ein weiterer Baustein zur Sicherung der Patientensicherheit. Die Projektdurchführung basierte auf dem multimodalen Interventionskonzept der WHO. Unser Haus hat sich verpflichtet die anerkannten Maßnahmen zur Händehygiene umzusetzen und weist diese dauerhaft nach. Ausgezeichnet wurde die erfolgreiche Umsetzung mit dem Silberzertifikat.