



AGAPLESION
BETHANIE K RANKENHAUS
HEIDELBERG

Qualitätsbericht 2019

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

Erstellt am 31.12.2020



Inhaltsverzeichnis

-	Einleitung	4
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts..	7
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	7
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	8
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	8
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	8
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	9
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	13
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit.....	13
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	15
A-9	Anzahl der Betten	17
A-10	Gesamtfallzahlen.....	17
A-11	Personal des Krankenhauses	18
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung.....	25
A-13	Besondere apparative Ausstattung	40
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	40
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	41
B-1	Klinik für Akutgeriatrie.....	41
C	Qualitätssicherung	54
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	54
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	61
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	62

C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	62
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	62
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	62
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	63
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	63
D	Qualitätsmanagement	64

- Einleitung

Strukturierter Qualitätsbericht

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion	Qualitäts- und Prozessmanagerin
Titel, Vorname, Name	Maren Sohn
Telefon	06221/319-1780
E-Mail	msohn@bethanien-heidelberg.de



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

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Funktion	Geschäftsführung
Titel, Vorname, Name	Florian Kesberger
Telefon	06221/319-1601
Fax	06221/319-1605
E-Mail	bpfeifer@bethanien-heidelberg.de



*Abb. 2: Florian Kesberger
Geschäftsführer*

Weiterführende Links

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

Link zu weiterführenden Informationen:

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

Frankfurt am Main, im Dezember 2020

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

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

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

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

Mit freundlichen Grüßen aus Frankfurt am Main



Dr. Markus Horneber
Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG



Jörg Marx
Vorstand
AGAPLESION gAG

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

das AGAPLESION BETHANIE KRANKENHAUS HEIDELBERG ist ein Fachkrankenhaus für Altersmedizin (Geriatrie) und damit auf die Behandlung älterer Menschen spezialisiert. Als Geriatriisches Zentrum der Universitätsklinik Heidelberg und eines von sieben Geriatriischen 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:

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

Abb. 3: AGAPLESION BETHANIE KRANKENHAUS HEIDELBERG

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

Bereits 2002 wurde im AGAPLESION BETHANIE 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!

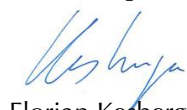
„Qualität ist das Gegenteil von Zufall“, sagt ein Sprichwort. Was das konkret umfasst und bedeutet, erfahren Sie auf den folgenden Seiten im Qualitätsbericht für das Jahr 2019. Es ist uns wichtig, hochwertige Standards zu schaffen, Althergebrachtes in Frage zu stellen, Bewährtes festzuschreiben und Neues 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

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

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

Heidelberg, im November 2020



Florian Kesberger
Geschäftsführer
AGAPLESION BETHANIE KRANKENHAUS HEIDELBERG

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus	
Krankenhausname	AGAPLESION BETHANIE KRANKENHAUS HEIDELBERG
Hausanschrift	Rohrbacher Straße 149 69126 Heidelberg
Zentrales Telefon	06221/319-0
Fax	06221/319-1435
Postanschrift	Rohrbacher Straße 149 69126 Heidelberg
Institutionskennzeichen	260822231
Standortnummer	00
URL	http://www.bethanien-heidelberg.de

Ärztliche Leitung

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



Abb. 4: Prof. Dr. Jürgen M. Bauer
Ärztlicher Direktor und Chefarzt Akutgeriatrie

Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin	
Funktion	Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name	Margit Müller
Telefon	06221/319-1401
Fax	06221/319-1405
E-Mail	byurteri@bethanien-heidelberg.de



Abb. 5: Margit Müller
Pflegedirektorin

Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin	
Funktion	Geschäftsführung
Titel, Vorname, Name	Florian Kesberger
Telefon	06221/319-1601
Fax	06221/319-1605
E-Mail	bpfeifer@bethanien-heidelberg.de



Abb. 6: Florian Kesberger
Geschäftsführer

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger	
Name	AGAPLESION BETHANIE KRANKENHAUS HEIDELBERG gemeinnützige GmbH
Art	Freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhausart	
Krankenhausart	Akademisches Lehrkrankenhaus
Universität	Klinikum der Universität Heidelberg

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

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

Psychiatrie	
Psychiatrisches Krankenhaus	Nein
Regionale Versorgungsverpflichtung	Nein

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	Individuelle Angehörigenberatung; sozialrechtliche Beratung durch Sozialdienst; Seminarangebote bei der kooperierenden Akademie im Haus
MP53	Aromapflege/-therapie	Auf unserer Palliativ- und Schlaganfalleinheit 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, Mitarbeitende 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 insbesondere bei demenziell Erkrankten sowie Patienten nach Schlaganfall. Alle Patienten der frührehabilitativen geriatrischen Komplexbehandlung werden ergotherapeutisch behandelt. Hilfsmittelberatung, -erprobung und -versorgung durch Ergotherapeuten.
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	Durch ausgebildete Ergotherapeutinnen und Psychologinnen
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	Aktion Saubere Hände, regelmäßige Vortragsreihe "Altersfragen", Fachvorträge durch Mitarbeiter des Hauses in anderen Einrichtungen
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	Zu allen geriatrischen Syndromen
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	Durch ausgebildete Ergotherapeutinnen
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	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 Geriatriische 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. Dysphagietherapie mit orofazialer Stimulation
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	fallbegleitende Behandlungssteuerung durch interdisziplinäres Team

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

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)		
NM02	Ein-Bett-Zimmer		4 Zimmer
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		6 Zimmer
NM40	Empfangs- und Begleitedienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besuchern durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter		Grüne Damen, Patientenführsprecher
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		Vortragsreihe "Altersfragen" für Patienten, Angehörige und Interessierte
NM42	Seelsorge		Betreuung, Gottesdienste und Gedenkgottesdienste für Verstorbene
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		
NM10	Zwei-Bett-Zimmer		6 Zimmer
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		13 Zimmer
NM68	Abschiedsraum		

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen	
Funktion	Schwerbehindertenvertreterin
Titel, Vorname, Name	Dr. Hedda Opitz
Telefon	06221/319-1501
Fax	06221/319-1505
E-Mail	sbv@bethanien-heidelberg.de



Abb. 7: Hedda Opitz
Schwerbehindertenvertreterin

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	
BF11	Besondere personelle Unterstützung	Begleitung der Patienten zu Therapie und Diagnostik
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“.
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 Verwirrheitszuständen leiden. Zusätzlich zu den Therapieeinheiten finden hier tagesstrukturierende Angebote durch Präsenzkkräfte statt.
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Niedrigflurbetten für Patienten mit geringer Körpergröße und/oder Sturzgefährdung; elektrisch verstellbare Betten; Bettverlängerung bei Patienten mit "Übergröße"
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	CT bis 270 kg; in Kooperation mit Radiologischer Praxis
BF20	Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Blutdruckmanschetten mit Übergröße
BF21	Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF22	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Rollstühle mit Überbreite
BF24	Diätische Angebote	Allergien, Dysphagien sowie der Ernährungszustand unserer Patienten werden beim Speisenangebot berücksichtigt.

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
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.
BF32	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung	
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	
BF37	Aufzug mit visueller Anzeige	

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

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

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	Prof. Dr. Jürgen M. Bauer, W3-Professur für Geriatrie, Universität Heidelberg; Prof. Dr. Klaus Hauer, APL-Professur, Universität Heidelberg; Zahlreiche weitere Mitarbeiter des Hauses sind durch Lehraufträge in die studentische Ausbildung einbezogen.
FL02	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen	Prof. Dr. Petra Benzinger, Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Kempten

Nr.	Forschung, akademische Lehre, und weitere ausgewählte wissenschaftliche Arbeiten	Kommentar
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Im Rahmen obiger Professuren sowie als Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Heidelberg beteiligen sich unsere Mitarbeiter am Studentenunterricht im Fach Geriatrie sowie in besonderem Umfang an der Ausbildung im Praktischen Jahr. Ferner werden regelhaft Famulaturen in unserem Haus abgeleistet.
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	Im Rahmen national und international kompetitiv eingeworbener Projekte besteht eine intensive Zusammenarbeit mit in- und ausländischen akademischen Institutionen.
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien	Initiierung und Beteiligung an einer Vielzahl von Investigator initiated Trials, so zum Beispiel an drei Projekten des Innovationsfonds des GBA.
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher	Herausgeberschaft und Mitglied des wissenschaftlichen Beirates zahlreicher Zeitschriften auf den Gebieten Geriatrie, Gerontologie, Innere Medizin und Ernährung durch Prof. Bauer und Prof. Hauer.
FL09	Doktorandenbetreuung	Diese erfolgt durch Prof. Dr. K. Hauer, Prof. Dr. J.M. Bauer und Prof. Dr. P. Benzinger.

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

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

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

Außerdem sind wir eine praktische Ausbildungsstätte für Gesundheits- und Krankenpflege sowie Altenpflege.

A-9 Anzahl der Betten

Betten	
Betten	99

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	1727
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 12,63

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,63	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,63	
Nicht Direkt	0	

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,13

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,13	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,13	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl: 0

A-11.2 Pflegepersonal

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

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 22,22

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	22,22	davon 0,76 geringfügig Beschäftigte. Zusätzlich waren 0,12 Gesundheits- und Krankenpflegeschüler/innen eingesetzt
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	21,66	davon 0,76 geringfügig Beschäftigte. Zusätzlich waren 0,12 Gesundheits- und Krankenpflegeschüler/innen eingesetzt
Nicht Direkt	0,56	

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 25,26

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	25,26	davon 0,35 geringfügig Beschäftigte. Zusätzlich waren 1,32 Altenpflegeschüler/innen eingesetzt
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	25,26	davon 0,35 geringfügig Beschäftigte. Zusätzlich waren 1,32 Altenpflegeschüler/innen eingesetzt
Nicht Direkt	0	

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 4,77

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,77	inkl. Altenpflegehelfer/in (Ausbildung 1 Jahr); davon 0,27 geringfügig Beschäftigte. Zusätzlich waren 0,68 Altenpflegehilfeschüler/innen eingesetzt
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,77	inkl. Altenpflegehelfer/in (Ausbildung 1 Jahr); davon 0,27 geringfügig Beschäftigte. Zusätzlich waren 0,68 Altenpflegehilfeschüler/innen eingesetzt
Nicht Direkt	0	

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 7,69

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,69	Pflegehelfer/innen ohne Qualifikation (davon 2,83 geringfügig Beschäftigte), zusätzlich waren 3,50 Stationshilfen sowie 1,25 Stationssekretärinnen eingesetzt
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,69	Pflegehelfer/innen ohne Qualifikation (davon 2,83 geringfügig Beschäftigte), zusätzlich waren 3,50 Stationshilfen sowie 1,25 Stationssekretärinnen eingesetzt
Nicht Direkt	0	

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 2,09

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,09	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,09	
Nicht Direkt	0	

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 2,69

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,69	davon 0,27 Altentherapeut/innen
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,69	davon 0,27 Altentherapeut/innen
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 2,97

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,97	Alle Logopäd/innen sind weitergebildet in FOTT & MDT; vier Logopäd/innen sind weitergebildet in FEES-Durchführung; ein Diplom Logopädie & Lehrlogopäde (dbl); ein MSc Neurorehabilitation; ein MSc Demenzstudien, zwei Systemische Beratung; ein MSc Neuropsycholinguistik & PhD Patholinguistik
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,97	Alle Logopäd/innen sind weitergebildet in FOTT & MDT; vier Logopäd/innen sind weitergebildet in FEES-Durchführung; ein Diplom Logopädie&Lehrlogopäde (dbl); ein MSc Neurorehabilitation; ein MSc Demenzstudien, zwei Systemische Beratung; ein MSc Neuropsycholinguistik & PhD Patholinguistik

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 7,37

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,37	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,37	
Nicht Direkt	0	

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Anzahl Vollkräfte: 0,48

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,48	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,48	
Nicht Direkt	0	

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Anzahl Vollkräfte: 2,65

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,65	davon 0,04 geringfügig Beschäftigte
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,65	davon 0,04 geringfügig Beschäftigte
Nicht Direkt	0	

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Anzahl Vollkräfte: 3,3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,3	Bobath Erwachsene
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,3	Bobath Erwachsene
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 einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

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



*Abb. 8: Maren Sohn
ist verantwortlich für das Qualitätsmanagement*

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	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.
Tagungsfrequenz des Gremiums	bei Bedarf

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

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

Angaben zur Person

Angaben zur Person Entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement

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



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

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe

Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe	Ja - Wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	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.
Tagungsfrequenz des Gremiums	bei Bedarf

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: AGA Qualitäts- und Risikomanagement Datum: 08.08.2019	Bewertung des Managementsystems und des Risikomanagements durch die Betriebsleitung u.a. unter Berücksichtigung der für das Haus ausgemachten Risiken und der Vorgaben der DIN EN ISO 9001:2015. Außerdem gibt es u.a. Regelungen zu den Themen: Mitarbeiterbefragung, Meinungsmanagement, Qualitätspolitik, Interne/externe Qualitätssicherung, Management- und Risikobewertung, Dokumentenmanagement, Audit, CIRS, Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen, Patientensicherheit.
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		Vorgegebene Pflichtschulungen im Rahmen der Innerbetrieblichen Fortbildung; E-Learning-Angebote für alle Mitarbeiter; vielfältiges Angebot berufsgruppenspezifischer Fort- und Weiterbildungen, Schulungen im Dokumentenmanagementsystem, Auditschulungen etc.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM03	Mitarbeiterbefragungen		Die Zufriedenheit unserer Mitarbeiter beeinflusst wesentlich die Qualität unserer Einrichtung. Durch die regelmäßig stattfindende anonyme Mitarbeiterbefragung (AGA Mitarbeiterbefragung) haben alle Mitarbeiter eine Möglichkeit sich aktiv einzubringen.
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Name: GZB 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: 28.09.2020	Unter Berücksichtigung des Nationalen Expertenstandards „Sturzprophylaxe in der Pflege“
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Name: Pflegestandard Dekubitusprophylaxe Datum: 07.09.2020	Auf Grundlage des Nationalen Expertenstandards „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Name: Prozessbeschreibung Freiheitsentziehende Maßnahmen Datum: 28.05.2018	Wir versuchen bei der Betreuung von Patienten weitestgehend auf freiheitsentziehende Maßnahmen zu verzichten.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Name: AGA Meldung Vorkommnisse Medprodukte, AGA AMTech Anweisung für Anwender Datum: 16.08.2017	Auf allen Stationen sind geschulte stellvertretende beauftragte Personen gem. §5 MPBetreibV benannt. Der Ablauf im Umgang mit Funktionsausfällen bei Medizinprodukten und sonstigen Mängeln ist geregelt. Die fachliche Betreuung erfolgt durch eine Tochtergesellschaft des Konzerns.
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen - Palliativbesprechungen - Qualitätszirkel	Außerdem Durchführung von wöchentlichen fallbezogenen Teambesprechungen. Diese stellen das Kernstück geriatrischer Behandlung dar. Im interdisziplinären Informationsaustausch wird der Behandlungsprozess strukturiert und effizient auf den Patienten abgestimmt.
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		Wir setzen standardisierte Aufklärungsbögen ein, um unsere Patienten in die Lage zu versetzen, ihre medizinische Situation soweit zu verstehen, damit Sie eine fundierte Entscheidung über die einzuschlagende medizinische Vorgehensweise partnerschaftlich mitentscheiden können.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Name: Verfahrensweisung "Umgang mit dem Patienten-Identifikationsarmband" Datum: 19.08.2019	Das Patienten-Identifikationsarmband dient während des gesamten Krankenhausaufenthaltes dazu, die Identität des Patienten bei allen Diagnose- und Behandlungsschritten festzustellen, um 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 einrichtungswinternen 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 Verfahrensweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	19.06.2019
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	jährlich

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Übergreifendes Fehlermeldesystem	
Übergreifendes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	bei Bedarf

Nr.	Instrument und Maßnahme	Kommentar
EF00	Sonstiges	CIRSmedical.de ist das Berichts- und Lernsystem der deutschen Ärzteschaft für kritische Ereignisse in der Medizin. Es ist anonym und sicher und ermöglicht gegenseitiges Lernen aus Fehlern und kritischen Ereignissen. Es richtet sich an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitswesens.

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaustygenikerinnen und Krankenhaustygenikern	2	Betreuung durch AGAPLESION HYGIENE - Institut für Hygiene & Umweltmedizin
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	1	
Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	1	fest angestellte Hygienefachkraft in Teilzeit
Hygienebeauftragte in der Pflege	4	Hygienebeauftragte in der Pflege und Therapie (40 Unterrichtseinheiten à 45 min)

Hygienekommission	
Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich

Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission	
Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Jürgen M. Bauer
Telefon	06221/319-1501
Fax	06221/319-1505
E-Mail	Chefarztsekretariat@bethanien-heidelberg.de



Abb. 10: Prof. Jürgen M. Bauer ist Vorsitzender der Hygienekommission

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt.

1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage

Der Standard liegt vor Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

a) Hygienische Händedesinfektion Ja

b) Adäquate Hautdesinfektion der Kathetereinstichstelle Ja

c) Beachtung der Einwirkzeit Ja

d) Weitere Hygienemaßnahmen

- sterile Handschuhe Ja

- steriler Kittel Ja

- Kopfhaut Ja

- Mund-Nasen-Schutz Ja

- steriles Abdecktuch Ja

Standard durch Geschäftsführung/Hygienekom. autorisiert Ja

2. Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern

Der Standard liegt vor Ja

Standard durch Geschäftsführung/Hygienekom. autorisiert Ja

Die Liegedauer der zentralen Venenkatheter wird im KIS dokumentiert.

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	
Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	46,75 ml/Patiententag
Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Keine Intensivstation vorhanden
Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs	Ja

A-12.3.2.5 Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)

MRSA	
Standardisierte Information (MRSA) erfolgt z. B. durch Flyer MRSA-Netzwerke	Ja
Informationsmanagement für MRSA liegt vor	Ja

Risikoadaptiertes Aufnahmescreening

Risikoadaptiertes
Aufnahmescreening (aktuelle RKI-
Empfehlungen) Ja

Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang

Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren Ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	HAND-KISS	
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name: MRE - Netzwerk	Ziel des MRE-Netzwerkes ist es, durch die Zusammenarbeit aller Kliniken und Gesundheitsämter der weiteren Zunahme von multiresistenten Erregern vorzubeugen und das Auftreten von MRE soweit wie möglich zu reduzieren.
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		Wir nutzen ausschließlich Einmalinstrumente.
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		Schulungen zu hygienerelevanten Themen erfolgen auch berufsgruppenbezogen. Ein Fortbildungsplan ist vorhanden.

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

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

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
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.
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	Ja	Sofern die Kontaktdaten des Beschwerdeführers vorliegen und es sich um eine Beschwerde handelt, streben wir innerhalb von fünf Tagen eine Rückmeldung an. Benötigt die Beschwerdebearbeitung mehr Zeit, so wird der Beschwerdeführer über den aktuellen Zwischenstand der Beschwerdebearbeitung informiert.

Regelmäßige Einweiserbefragungen

Durchgeführt Ja

Link

Kommentar Unsere Klinik setzt in Zusammenarbeit mit der AOK das integrierte Versorgungsmodell „Geriatrisches Netzwerk zur Optimierung der medizinischen Versorgung im Alten- und Pflegeheim“ um. Dieses Modell hat u. a. eine verbesserte partnerschaftliche Zusammenarbeit mit 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



Abb. 11: Beate Yurteri nimmt Lob und Beschwerden entgegen

Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements

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

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

Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher

Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher

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



Abb. 12: Cornelia Schati
ist Patientenfürsprecherin in der Akutgeriatrie

Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprechern

Kommentar	Die Patientenfürsprecherin bietet Sprechstunden an und besucht Patienten regelhaft im Zimmer. Bei Bedarf vermittelt sie bei Unzufriedenheit bzw. Konflikten zwischen Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern. Der Kontakt zur Patientenfürsprecherin wird bei Bedarf am Empfang vermittelt. Durch die Unabhängigkeit der ehrenamtlich Tätigen soll die Hemmschwelle für Meinungsäußerungen gesenkt werden.
------------------	--

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Zentrales Gremium / Arbeitsgruppe

Zentrales Gremium oder zentrale Arbeitsgruppe vorhanden, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht?	Ja - andere
---	-------------

Name des verantwortlichen Gremiums oder der verantwortlichen Arbeitsgruppe:	Regelmäßige Teilnahme in der Arzneimittelkommission des Universitätsklinikums Heidelberg
--	--

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	Alle Abteilungen des Krankenhauses
--	------------------------------------

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Angaben zur Person

Angaben zur Person	Es gibt eine eigenständige Position für das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit
---------------------------	--

Verantwortliche Person AMTS

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

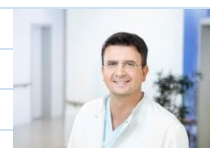


Abb. 13: Dr. Sebastian Baron
verantwortet die Arbeitsgruppe Arzneimittelsicherheit

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

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

Erläuterungen

Die Betreuung erfolgt über die Apotheke des Universitätsklinikums Heidelberg.

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen		Arzneimittelverordnungen und Arzneimitteltherapiesicherheit sind regelmäßiger Bestandteil ärztlicher Fortbildungen.
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)		Verwendung von AiD-Klinik zur Vermeidung von Arzneimittelinteraktionen.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	- Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs - Aushändigung des Medikationsplans - bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten - Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen	
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Name: Verfahrensweisung Medikamentenmanagement Letzte Aktualisierung: 23.05.2018	
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)		
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)		
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	- Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen	
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	- Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)	
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln		
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	- Fallbesprechungen - Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)	

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/Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten	-	In Kooperation mit der Radiologischen Praxis im Haus

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

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

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

Wir haben keine Notfallaufnahme.

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-1 Klinik für Akutgeriatrie

B-1.1 Allgemeine Angaben. Klinik für Akutgeriatrie

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Klinik für Akutgeriatrie
Fachabteilungsschlüssel	0200
Art	Hauptabteilung
Ärztliche Leitung	
Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Ärztlicher Direktor / Chefarzt Akutgeriatrie
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Jürgen M. Bauer
Telefon	06221/319-1501
Fax	06221/319-1505
E-Mail	Chefarztsekretariat@bethanien-heidelberg.de
Straße/Nr	Rohrbacher Straße 149
PLZ/Ort	69126 Heidelberg
Homepage	http://www.bethanien-heidelberg.de



Abb. 14: Prof. Jürgen M. Bauer
Ärztlicher Leiter

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Akutgeriatrie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Akutgeriatrie	Kommentar
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	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Akutgeriatrie	Kommentar
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	Schwerpunkt Krankenhaus 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
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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Akutgeriatrie	Kommentar
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
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	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Akutgeriatrie	Kommentar
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); Gastroskopie, Coloskopie und PEG-Anlage in Kooperation mit benachbartem Krankenhaus
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	
VI27	Spezialsprechstunde	Kontinenz, Dysphagie
VU14	Spezialsprechstunde	Kontinenzberatung
VI42	Transfusionsmedizin	
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	
VI00	Palliativmedizin	

B-1.5 Fallzahlen Klinik für Akutgeriatrie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1727
Teilstationäre Fallzahl	0
Kommentar	Manuell angepasst. Fälle von FA Palliativ mit berücksichtigt, da Palliativ auf Geriatrie umgebucht.

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I50	140	Herzschwäche
2	I63	121	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt
3	S72	89	Knochenbruch des Oberschenkels
4	N39	68	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
5	J18	61	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
6	R26	59	Störung des Ganges bzw. der Beweglichkeit
7	S06	39	Verletzung des Schädelinneren
8	S32	39	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens
9	E86	38	Flüssigkeitsmangel
10	G40	38	Anfallsleiden - Epilepsie
11	F05	35	Verwirrheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt
12	B99	31	Sonstige bzw. vom Arzt nicht näher bezeichnete Infektionskrankheit
13	E87	30	Sonstige Störung des Wasser- und Salzhaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts
14	S22	30	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule
15	I21	28	Akuter Herzinfarkt

B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-984	1093	Pflegebedürftigkeit
2	8-550	981	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
3	9-200	395	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
4	3-200	286	Native Computertomographie des Schädels
5	8-930	249	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
6	8-982	144	Palliativmedizinische Komplexbehandlung
7	1-771	112	Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (GBA)
8	3-202	97	Native Computertomographie des Thorax
9	8-800	88	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
10	1-901	69	(Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik
11	1-632	61	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie
12	3-203	43	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
13	1-900	42	Psychosomatische und psychotherapeutische Diagnostik
14	8-98g	41	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern
15	1-770	37	Multidimensionales geriatrisches Screening und Minimalassessment

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

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 12,63

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,63	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,63	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 136,73793

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,13

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,13	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,13	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 336,64717

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar
AQ23	Innere Medizin	Weiterbildungsbefugnis
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie	
AQ42	Neurologie	

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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 22,22

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	22,22	davon 0,76 geringfügig Beschäftigte. Zusätzlich waren 0,12 Gesundheits- und Krankenpflegeschüler/innen eingesetzt.
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	21,66	davon 0,76 geringfügig Beschäftigte. Zusätzlich waren 0,12 Gesundheits- und Krankenpflegeschüler/innen eingesetzt.
Nicht Direkt	0,56	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 77,72277

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 25,26

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	25,26	davon 0,35 geringfügig Beschäftigte. Zusätzlich waren 1,32 Altenpflegeschüler/innen eingesetzt.
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	25,26	davon 0,35 geringfügig Beschäftigte. Zusätzlich waren 1,32 Altenpflegeschüler/innen eingesetzt.
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 68,36896

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 4,77

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,77	inkl. Altenpflegehelfer/in (Ausbildung 1 Jahr); davon 0,27 geringfügig Beschäftigte. Zusätzlich waren 0,68 Altenpflegehilfeschüler/innen eingesetzt.
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,77	inkl. Altenpflegehelfer/in (Ausbildung 1 Jahr); davon 0,27 geringfügig Beschäftigte. Zusätzlich waren 0,68 Altenpflegehilfeschüler/innen eingesetzt.
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 362,05451

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 7,69

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,69	Pflegehelfer/innen ohne Qualifikation (davon 2,83 geringfügig Beschäftigte). Zusätzlich waren 3,50 Stationshilfen sowie 1,25 Stationssekretärinnen eingesetzt.
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,69	Pflegehelfer/innen ohne Qualifikation (davon 2,83 geringfügig Beschäftigte). Zusätzlich waren 3,50 Stationshilfen sowie 1,25 Stationssekretärinnen eingesetzt.
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 224,57737

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,09

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,09	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,09	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 826,31579

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ02	Diplom	Die Stabstelle Kontinenzberatung ist u.a. durch eine Diplom-Pflegepädagogin (FH) besetzt.
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	Wir haben Pflegefachkräfte mit Qualifizierung im Intermediate Care Bereich (IMC).
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	Die Stationsleitungen unserer geriatrischen Akutstationen verfügen alle über die Weiterbildung "Leitung einer Stationseinheit".
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	Jede Station verfügt über 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 vier 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	Zehn unserer Mitarbeitenden besitzen die Zusatzqualifikation "Führerschein Geriatrie".
ZP08	Kinästhetik	Acht unserer Pflegefachkräfte verfügen über Grundlagen- bzw. fortgeschrittene Kenntnisse.
ZP09	Kontinenzmanagement	Die Beratung und Versorgung von Patienten mit Kontinenzproblemen sowie von Stomapatienten erfolgt durch unsere Pflegeexpertinnen für Kontinenzförderung (Stabstelle Pflegefachbereich Kontinenzberatung).
ZP20	Palliative Care	12 Mitarbeitende besitzen die Zusatzqualifikation Palliative Care. Darüber hinaus arbeitet in unserer Palliativeinheit eine geschulte Aromaexpertin (Pflege).
ZP13	Qualitätsmanagement	Eine unserer Stationsleitungen ist Mitglied des Qualitätsmanagement-Teams.
ZP14	Schmerzmanagement	Im Curriculum der Weiterbildungen Palliative Care und des "Führerscheins Geriatrie" sind Grundlagenkenntnisse zum Schmerzmanagement fester Bestandteil.

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP15	Stomamanagement	Die Beratung und Versorgung von Stomapatienten erfolgt durch unsere Pflegeexpertinnen für Kontinenzförderung. Fortbildungen zum Thema Stomaversorgung sind Bestandteil unseres IBF-Programms.
ZP19	Sturzmanagement	Das Thema Sturzprävention ist fester Bestandteil unseres IBF-Programms und unserer 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	Sieben unserer Pflegekräfte verfügen über den zweiwöchigen Bobathkurs für Pflegenden.

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

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

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

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

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Ergebnis-ID	2005
Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,54 - 98,63%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	74,12 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis-ID	2009
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,17 - 95,35%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	64,57 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühmobilisation nach Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin/der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen
Ergebnis-ID	2013
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	94,11 - 94,37%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	51,01 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist
Ergebnis-ID	2028
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,94 - 96,13%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	51,01 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	50778
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,78
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 1,88$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,97 - 1,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 3,20
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Ergebnis-ID	50722
Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,65 - 96,79%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	74,12 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	52009
Grundgesamtheit	1728
Beobachtete Ereignisse	13
Erwartete Ereignisse	13,03
Ergebnis (Einheit)	1,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,13 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 - 1,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,58 - 1,70
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)
Ergebnis-ID	52010
Grundgesamtheit	1728
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,00 - 0,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,22%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis-ID	2006
Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,59 - 98,68%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	72,25 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis-ID	2007
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,92 - 97,62%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren
Ergebnis-ID	2036
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,51 - 98,63%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	51,01 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt)
Ergebnis-ID	231900
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	12,76 - 13,02%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einer Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut und/oder die Lederhaut betroffen ist, oder einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)
Ergebnis-ID	52326
Grundgesamtheit	1728
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,64%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,30 - 0,31%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,36 - 1,14%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe bis zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)
Ergebnis-ID	521801
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,05 - 0,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-

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

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

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

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

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

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

Trifft nicht zu.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

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

Bezeichnung des Qualitätsindikators	GEMIDAS (Geriatrisches Minimum Data Set)
Ergebnis	Die Ergebnisse unserer Klinik liegen im Bundesvergleich im guten durchschnittlichen Bereich
Messzeitraum	01.01.2019 - 31.12.2019
Datenerhebung	Stammdaten, Diagnosegruppen, Aufnahme von, Entlassung nach, Vorbehandlung, Barthel-Index, -Differenz/Tag; MMST, Hilfsmittel, Mortalität; Ergebnisinterpretation
Rechenregeln	Datenvergleich unter §111- und §109-Kliniken, Unterscheidung nach stationär und teilstationär, gewichtet nach Diagnosegruppen. Daraus wird eine anonymisierte Rangordnung nach höchstem und niedrigstem Messergebnis erstellt und unter den teilnehmenden Häusern ausgetauscht.
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	
Quellenangaben	http://bv-geriatrie.de/verbandsarbeit/gemidas-pro; http://www.gemidas.geriatrie-web.de/Files/Gemidas_06-2005_Frankfurt.pdf

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

In unserer Klinik werden keine Operationen durchgeführt.

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

Trifft nicht zu.

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

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen	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

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monats- bezogener Erfüllungs- grad	Ausnahme- tatbestände
Geriatric	Station - K1	Tagschicht	100,00%	0
Geriatric	Station - K1	Nachtschicht	100,00%	0
Geriatric	Station - K3	Tagschicht	100,00%	0
Geriatric	Station - K3	Nachtschicht	100,00%	0
Geriatric	Station - K2	Tagschicht	100,00%	0
Geriatric	Station - K2	Nachtschicht	100,00%	0

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad
Geriatric	Station - K1	Tagschicht	100,00%
Geriatric	Station - K1	Nachtschicht	100,00%
Geriatric	Station - K3	Tagschicht	94,79%
Geriatric	Station - K3	Nachtschicht	81,64%
Geriatric	Station - K2	Tagschicht	92,60%
Geriatric	Station - K2	Nachtschicht	91,78%

D Qualitätsmanagement

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

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

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

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

Aus dem Blickwinkel unserer Patienten reflektieren wir regelhaft unsere Prozesse. Dafür nutzen wir bekannte Instrumente des Qualitätsmanagements. Wir analysieren Prozessdaten und nutzen die Erkenntnisse zur Optimierung. Viele Prozesse sind bereits digitalisiert, mit Prozessanalysen decken wir weitere Potentiale auf. Unser Leitbild und das EinsA-Qualitätsversprechen sind das Fundament unserer täglichen Arbeit. Die folgenden Instrumente kommen dabei zum Einsatz:



Audits

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

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

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

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

Risikomanagement

Alle Prozesse bergen auch das Risiko, dass die erforderlichen Prozessschritte nicht wie festgelegt ausgeführt werden. Diese Risiken können in allen Arbeitsbereichen entstehen oder bereits vorhanden sein. Risiken zu identifizieren und zu beherrschen ist das zentrale Anliegen des Risikomanagements. Das Risikomanagement in unserer Einrichtung hat zum Ziel, Risiken frühzeitig zu erkennen, zu bewerten und zu vermindern bzw. zu beseitigen. Deshalb führen wir strukturiert Informationen aus Risikointerviews, Begehungen und Audits zusammen, analysieren diese und leiten entsprechende Vorbeugemaßnahmen ab.

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

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

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

Umgesetzte Maßnahmen im Bereich Patientensicherheit sind zum Beispiel:

- Einführung eines Patientenarmbandes im stationären Bereich
- Standardisierung von Spritzenetiketten mit einer eindeutigen Kennzeichnung
- 4-Augen-Prinzip beim Stellen von Medikamenten
- Nutzung 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 multiresistentem Erreger MRSA mit dem Ziel, die mit MRSA besiedelten Patienten frühestmöglich zu identifizieren. Bei Bedarf können somit über die Basishygiene hinausgehende Hygiene- und ggf. Dekolonisationsmaßnahmen eingeleitet werden, um einer Keimverbreitung entgegenzuwirken.

Systemaudits statt Zertifizierungen

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

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

Meinungsmanagement

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



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

Ideen- und Innovationsmanagement

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

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

Befragungen

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

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 erhalten wir Rückmeldungen der Ärzte zur Zufriedenheit bezüglich unserer Aufnahme.

Wir setzen in Zusammenarbeit mit der AOK das integrierte Versorgungsmodell „Geriatrisches Netzwerk zur Optimierung der medizinischen Versorgung im Alten- und Pflegeheim“ um. Dieses Modell hat u.a. eine verbesserte partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Hausärzten zum Ziel.

In diesem Jahr fand eine Zufriedenheitsbefragung im Rahmen der Speisenversorgung statt. Diese beinhaltete u.a. die Qualität der Speisen, den Geschmack sowie die Vielfalt des Speisenangebotes.

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

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 Wertorientierte 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 der Umbau der Wahlleistungsstation:

In 2019 haben wir begonnen, 9 Zimmer als Premium Wahlleistungszimmer zu modernisieren. Dieser Wahlleistungsbereich ist seit Februar 2020 in Betrieb. Somit hat jeder Patient in unserem Hause nun die Möglichkeit, sich für die Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer mit gehobener Ausstattung zu entscheiden. Diese Komfortleistung kann der Patient über seine private Krankenversicherung, Zusatzversicherung oder als Selbstzahler buchen.

Unsere Premium-Zimmer sind beispielsweise ausgestattet mit:

- Badezimmer mit ebenerdiger Dusche
- Elektrisch bedienbaren Komfort-Betten mit Nachttischen
- Flachbildfernseher
- kostenlosem WLAN
- Abschließbarem Kleiderschrank mit Tresor
- Bequemem Sessel
- Kühlschrank

Für Ihr Wohlbefinden halten wir außerdem bereit:

- Bademantel, Haartrockner, Handtücher
- vielfältiges Speisenangebot
- Loungebereich mit Kaffee- und Teespezialitäten, Mineralwasser, Snacks und Zeitschriften zur freien Verfügung