



AGAPLESION  
BETHANIEN KRANKENHAUS  
HEIDELBERG

# QUALITÄTSBERICHT 2013

Strukturierter Qualitätsbericht  
gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V  
für das Berichtsjahr 2013

Erstellt am 31.01.2015



## Inhaltsverzeichnis

-	<b>Einleitung.....</b>	<b>4</b>
<b>A</b>	<b>Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts .....</b>	<b>7</b>
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	7
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers.....	8
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....	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.....	11
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit.....	12
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses.....	12
A-9	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus.....	12
A-10	Gesamtfallzahlen .....	12
A-11	Personal des Krankenhauses .....	13
A-12	Verantwortliche Personen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements .....	15
A-13	Besondere apparative Ausstattung .....	15
A-14	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement .....	16
<b>B</b>	<b>Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen .....</b>	<b>19</b>
B-1	Geriatric .....	20
<b>C</b>	<b>Qualitätssicherung.....</b>	<b>32</b>
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V .....	32
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	38
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .....	38
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	38



C-5	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V.....	38
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V .....	38
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V .....	38
<b>D</b>	<b>Qualitätsmanagement .....</b>	<b>39</b>

## Einleitung

Strukturierter Qualitätsbericht

### Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

**Position:** Qualitätsmanagement-Beauftragte  
**Titel, Vorname, Name:** Maren Sohn  
**Telefon:** 06221/319-1780  
**Fax:** 06221/319-1405  
**E-Mail:** [msohn@bethanien-heidelberg.de](mailto:msohn@bethanien-heidelberg.de)



Abb 1: Maren Sohn, QM-Beauftragte

### Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

**Position:** Geschäftsführung  
**Titel, Vorname, Name:** Rüdiger Woll  
**Telefon:** 06221/319-1600  
**Fax:** 06221/319-1605  
**E-Mail:** [rwooll@bethanien-heidelberg.de](mailto:rwooll@bethanien-heidelberg.de)



Abb 2: Rüdiger Woll, Geschäftsführer

### Weiterführende Links

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

Frankfurt am Main, im Januar 2015

## Sehr geehrte Damen und Herren,

bei kaum einer Dienstleistung spielen Qualitätsfragen eine so herausragende Rolle wie im Krankenhaus. Das liegt daran, dass die Qualität unserer Arbeit so unmittelbaren Einfluss auf die Lebensqualität von Patienten und Bewohnern hat. Die traditionsreichen christlichen Einrichtungen von AGAPLESION können dabei auf eine lange Erfahrung zurückgreifen. Viele von ihnen nahmen ihre Arbeit bereits in der Mitte des 19. Jahrhunderts auf, als die Diakonie in Deutschland begann, ihre karitative Arbeit zu professionalisieren und den Staat mit in die Pflicht zu nehmen.

Die Qualität von Medizin und Pflege hat sich in den vergangenen Jahren in großen Schritten weiterentwickelt. Dabei ist die Komplexität des Themas in der Öffentlichkeit wenig bekannt und stellt Mitarbeitende wie auch Experten vor immer neue Herausforderungen. Entscheidend ist daher, wie die Vielzahl der existierenden Richtlinien und gesetzlichen Vorschriften an die Mitarbeitenden kommuniziert wird, damit einheitliche Qualitätsstandards auch gelebt werden können. Darum hat der AGAPLESION Vorstand Wissen und Bildung als strategischen Schwerpunkt für das Jahr 2015 gesetzt.

Ein offenes Wort: Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser, so wie sie seit 2004 gesetzlich vorgeschrieben sind, versetzen Patienten noch nicht in die Lage, selbstständig eine valide Entscheidung zu treffen, in welchem Krankenhaus sie sich in Behandlung begeben wollen. Zu sehr sind die berichteten Zahlen interpretationsbedürftig. Dennoch glauben wir, dass die Veröffentlichung ein großer Schritt in Richtung Transparenz und Objektivierung ist. Dass die Berichte nun jährlich veröffentlicht werden müssen und nicht mehr nur zweijährig, ist daher nur zu begrüßen.

Die Qualitätspolitik des christlichen Gesundheitskonzerns AGAPLESION geht jedoch weit über die gesetzlich vorgeschriebene Umsetzung von Einzelmaßnahmen hinaus. Sie zielt darauf ab, die zahlreichen Instrumente der Qualitätssicherung systematisch miteinander zu verzahnen. Dazu hat AGAPLESION ein nach DIN ISO 9001:2008 zertifiziertes Qualitätsmanagement-System etabliert, in das jede der rund einhundert Einrichtungen eingebunden ist. Es ermöglicht eine kontinuierliche Prozessoptimierung, um eine exzellente Ergebnisqualität herzustellen und damit letztlich die Lebensqualität unserer Patienten und Bewohner zu verbessern.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Markus Horneber  
Vorstandsvorsitzender  
AGAPLESION gAG



Jörg Marx  
Vorstand  
AGAPLESION gAG

**Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,**

das AGAPLESION BETHANIE K R A N K E N H A U S HEIDELBERG ist ein auf die Behandlung älterer Menschen spezialisiertes Fachkrankenhaus für Innere Medizin/Geriatrie. Als eines von sieben Geriatrischen 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.



Abb. 3: Hier sehen Sie das AGAPLESION BETHANIE K R A N K E N H A U S HEIDELBERG.

Unsere Bereiche umfassen:

- Akutgeriatrie (105 Betten, hiervon 9 Betten palliativmedizinische Geriatrie, 14 Betten GISAD, 17 Betten Schlaganfallversorgung, 4 Überwachungsbetten)
- Geriatrische Rehabilitation (66 Betten)
- Tagesklinik (25 Plätze)

Das AGAPLESION BETHANIE K R A N K E N H A U S HEIDELBERG ist ein Unternehmen im diakonischen Einrichtungsverband AGAPLESION gemeinnützige AG. Träger der Einrichtung ist die AGAPLESION BETHANIE K R A N K E N H A U S HEIDELBERG gemeinnützige GmbH mit Sitz in Heidelberg.

Bereits 2002 wurde im AGAPLESION BETHANIE K R A N K E N H A U S 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 2013. 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, unter der Telefonnummer (06221) 319-1780 oder per E-Mail zur Verfügung: [msohn@bethanien-heidelberg.de](mailto:msohn@bethanien-heidelberg.de)

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

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Dipl.-Betriebswirt Hr. Rüdiger Woll, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Heidelberg, im Januar 2015

Rüdiger Woll  
Geschäftsführer  
AGAPLESION BETHANIE K R A N K E N H A U S HEIDELBERG

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

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

#### Krankenhaus

**Krankenhausname:** AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG

**Hausanschrift:** Rohrbacher Str. 149  
69126 Heidelberg

**Institutionskennzeichen:** 260822231

**Standortnummer:** 00

**Telefon:** 06221/319-0  
**Fax:** 06221/319-1605

**E-Mail:** [info@bethanien-heidelberg.de](mailto:info@bethanien-heidelberg.de)  
**URL:** <http://www.bethanien-heidelberg.de>

#### Ärztliche Leitung

**Position:** Komm. Ärztlicher Direktor  
**Titel, Vorname, Name:** Dr. med. William Micol  
**Telefon:** 06221/319-1501  
**Fax:** 06221/319-1505  
**E-Mail:** [wmicol@bethanien-heidelberg.de](mailto:wmicol@bethanien-heidelberg.de)



Abb 4: Dr. William Micol, Kommissarischer Ärztlicher Direktor

#### Pflegedienstleitung

**Position:** Pflegedirektorin  
**Titel, Vorname, Name:** Margit Müller  
**Telefon:** 06221/319-1401  
**Fax:** 06221/319-1405  
**E-Mail:** [mmueller@bethanien-heidelberg.de](mailto:mmueller@bethanien-heidelberg.de)

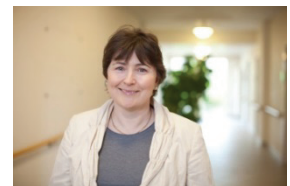


Abb 5: Margit Müller, Pflegedirektorin

#### Verwaltungsleitung

**Position:** Geschäftsführung  
**Titel, Vorname, Name:** Rüdiger Woll  
**Telefon:** 06221/319-1600  
**Fax:** 06221/319-1605  
**E-Mail:** [rwoll@bethanien-heidelberg.de](mailto:rwoll@bethanien-heidelberg.de)



Abb 6 Rüdiger Woll, Geschäftsführer

**Position:** Verwaltungsdirektor  
**Titel, Vorname, Name:** Rainer Frischmann  
**Telefon:** 06221/319-1602  
**Fax:** 06221/319-1605  
**E-Mail:** [rfrischmann@bethanien-heidelberg.de](mailto:rfrischmann@bethanien-heidelberg.de)



Abb 7: Rainer Frischmann,  
Verwaltungsdirektor

## **A-2 Name und Art des Krankenhausträgers**

**Name:** AGAPLESION gemeinnützige AG  
**Art:** Freigemeinnützig

## **A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus**

**Lehrkrankenhaus:** Ja  
**Universität:** Klinikum der Universität Heidelberg

## **A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie**

Trifft nicht zu.



## 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
MP06	Basale Stimulation	
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Palliativbereich, Abschiedsraum, Mitarbeiter mit Palliativweiterbildung
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	Medizinische Trainingstherapie; 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.
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Bei Diabetes, Unter- und Überernährung
MP15	Entlassungsmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	Entlassmanagement
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP21	Kinästhetik	
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	Die Beratung und Versorgung von Patienten mit Inkontinenz erfolgt durch die Mitarbeiter der Stabstelle Kontinenzberatung, ausgewiesenen Pflegeexpertinnen für Kontinenzförderung.
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP27	Musiktherapie	Die Musiktherapeutin ist im Demenz- und Palliativbereich eingesetzt.
MP26	Medizinische Fußpflege	Wird bei Bedarf von externen Dienstleistern angeboten.
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	Krankengymnastik an Geräten, indikationsspezifische Gruppenangebote, Medizinische Trainingstherapie (gerätegestützt)
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	Schwerpunkt Dysphagiemanagement; Durchführung endoskopischer Funktionsdiagnostik (FEES)
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	Im Rahmen der Hilfsmittelversorgung arbeiten wir mit einem Sanitätshaus zusammen.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP67	Vojtatherapie für Erwachsene und/oder Kinder	
MP68	Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege	Das Geriatrie Netzwerk zur Optimierung der medizinischen Versorgung im Alten- und Pflegeheim ist ein integriertes Versorgungsmodell, das wir in Zusammenarbeit mit der AOK umsetzen. Es hat zum Ziel, die medizinische und pflegerische Versorgung von Pflegeheimbewohnern nachhaltig zu verbessern.
MP51	Wundmanagement	Wir haben Pflegekräfte als Wundexperten nach den Kriterien der ICW (Initiative Chronische Wunde) geschult.
MP53	Aromapflege/-therapie	Auf unserer Palliativ- und Schlaganfallereinheit ergänzen Expertinnen für Aromapflege (Primavera®) die Pflege und Behandlung der Patienten gemäß unserem Aromapflege-Konzept.
MP45	Stomatherapie/-beratung	Die Beratung und Versorgung von Stomapatienten erfolgt durch unsere Pflegeexpertinnen für Kontinenzförderung.
MP63	Sozialdienst	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	im Rahmen der physikalischen Therapie
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen	zu allen geriatrischen Syndromen
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen	
MP57	Biofeedback-Therapie	
MP28	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie	teilweise
MP37	Schmerztherapie/-management	interdisziplinär
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	Seminarangebote bei der kooperierenden Akademie im Haus
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Tag der offenen Tür, Aktion Saubere Hände, regelmäßige Vortragsreihe "Altersfragen"

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

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

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Link	Kommentar
NM02	Ein-Bett-Zimmer			4 Zimmer
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle			6 Zimmer
NM10	Zwei-Bett-Zimmer			9 Zimmer
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle			10 Zimmer
NM18	Telefon am Bett	Kosten pro Tag: 2,00€ Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,15€ Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0,00€		Grundgebühr über 2,00 €/Tag entfällt für Pat. mit Wahlleistung "Zimmer"
NM14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	Kosten pro Tag: 2,50€		einmalig 5,00 € Aufstellgebühr; für Patienten mit Wahlleistung "Zimmer" kostenlos
NM17	Rundfunkempfang am Bett	Kosten pro Tag: 0€		kostenlos, in Klingelanlage integriert
NM01	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum			
NM30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	Kosten pro Stunde maximal: 1,00€ Kosten pro Tag maximal: 10,00€		
NM42	Seelsorge			Betreuung, Gottesdienste und Gedenkgottesdienste für Verstorbene
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)			
NM40	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen			grüne Damen, Patientenführer
NM49	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen			Vortragsreihe "Altersfragen" für Patienten, Angehörige und Interessierte
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	Angebote für besondere Ernährungsgewohnheiten: z.B. vegetarische Küche, muslimische Ernährung		
NM67	Andachtsraum			Klinikkapelle und Abschiedsraum

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

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

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

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

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

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL01	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	Lehraufträge im Querschnittsfach Geriatrie der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg
FL03	Studentenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	
FL05	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien	Forschungsabteilung Prof. Dr. Hauer
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien	Forschungsabteilung Prof. Dr. Hauer
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien	Forschungsabteilung Prof. Dr. Hauer
FL09	Doktorandenbetreuung	Forschungsabteilung Prof. Dr. Hauer

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB03	Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin	Zusammenarbeit mit der SRH Hochschule Heidelberg (Praktische Ausbildung)

Außerdem sind wir eine praktische Ausbildungsstätte für die Altenpflege.

## A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

**Betten:** 105

## A-10 Gesamtfallzahlen

**Vollstationäre Fallzahl:** 2108  
**Teilstationäre Fallzahl:** 13  
**Ambulante Fallzahl:** 0

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Ärzte und Ärztinnen	Anzahl	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	15,5 Vollkräfte	
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	4,2 Vollkräfte	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	
Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	0,6 Vollkräfte	wissenschaftlich tätige Ärzte

### A-11.2 Pflegepersonal

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

Pflegepersonal	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	30,9 Vollkräfte	3 Jahre	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	0,4 Vollkräfte	3 Jahre	
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	26,9 Vollkräfte	3 Jahre	Außerdem waren 7,0 Auszubildende zum/r Altenpfleger/in eingesetzt,
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	5,0 Vollkräfte	1 Jahr	davon 1,0 Altenpflegehelfer/in (Ausbildung 1 Jahr).
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	0 Vollkräfte	ab 200 Stunden Basiskurs	Zusätzlich waren 7,38 Pflegehelfer (ohne Qualifikation), 1,81 Stationshilfen und 2,25 Stationssekretärinnen im Einsatz.

### A-11.3 Spezielles therapeutisches Personal

Die Angaben zum therapeutischen Personal sind auch unter B-1.11.3 dargestellt.

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl (Vollkräfte)	Kommentar
SP28	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	4,0	Fortbildung nach den Kriterien der ICW (Initiative Chronische Wunde)
SP02	Medizinischer Fachangestellter und Medizinische Fachangestellte	1,0	
SP27	Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie	2,0	Die Beratung und Versorgung von Stomapatienten erfolgt durch unsere Pflegeexpertinnen für Kontinenzförderung.
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	2,9	
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin	3,9	
SP14	Logopäde und Logopädin/ Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin	2,0	
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	6,2	
SP23	Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin	0,5	
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	2,2	
SP56	Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA)	1,8	

### A-11.4 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaustygeniker und Krankenhaustygenikerinnen	1	Vertrag mit externem Dienstleister
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	1	
Fachgesundheits- und Krankenpfleger und Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	1	Vertrag mit externem Dienstleister mit Zeitkontingent gemäß der gesetzlichen Vorgaben
Hygienebeauftragte in der Pflege	3	

**Hygienekommission eingerichtet:**

Ja

**Vorsitzende/r:**

Dr. William Micol (kommissarischer Ärztl. Direktor)



Abb 8: Dr. William Micol  
Kommissarischer Ärztlicher Direktor

## A-12 Verantwortliche Personen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

**Position:** QM-Beauftragte und stellvertr. Pflegedirektorin  
**Schwerpunkt:**  
**Titel, Vorname, Name:** Maren Sohn  
**Telefon:** 06221/319-1780  
**Fax:** 06221/319-1405  
**E-Mail:** [msohn@bethanien-heidelberg.de](mailto:msohn@bethanien-heidelberg.de)  
**Straße, Nr.:** Rohrbacher Straße 149  
**PLZ, Ort:** 69126 Heidelberg



Abb 9: Maren Sohn verantwortet das Qualitätsmanagement

**Position:** QM-Beauftragte oberste Leitung, Pflegedirektorin  
**Schwerpunkt:**  
**Titel, Vorname, Name:** Margit Müller  
**Telefon:** 06221/319-1401  
**Fax:** 06221/319-1405  
**E-Mail:** [mmueller@bethanien-heidelberg.de](mailto:mmueller@bethanien-heidelberg.de)  
**Straße, Nr.:** Rohrbacher Straße 149  
**PLZ, Ort:** 69126 Heidelberg



Abb 10: Margit Müller ist QM-Beauftragte der obersten Leitung

## 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.

## A-14 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Für das Lob- und Beschwerdemanagement, unser sogenanntes Meinungsmanagement, ist eine Mitarbeiterin des Meinungsmanagements zuständig. Sie steuert den gesamten Meinungsmanagementprozess von der Aufnahme über die Bearbeitung bis hin zur statistischen Auswertung und Rückmeldung an den Meinungsführer.

(Weiterführende Informationen zum Meinungsmanagement finden sich im Teil D Qualitätsmanagement)

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja	Unser Meinungsmanagement, orientiert sich an dem in der Literatur ausgewiesenen Beschwerdemanagementprozess. AGAPLESION hat sich bewusst für die Formulierung Meinungsmanagement entschieden, weil dieser Begriff sämtliche Meinungsäußerungen, wie Lob, Anregungen und Beschwerden umfasst. Die Beschwerde deckt Möglichkeiten zur Qualitätsverbesserung auf, hilft zukünftige Beschwerden zu vermeiden und ist deshalb für uns besonders wichtig.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja	Zu unserem Beschwerdemanagement (unserem sogenannten Meinungsmanagement) liegt ein schriftliches und verbindliches Konzept vor. Dieses regelt u.a. die Meinungsstimulierung, Meinungsannahme, Meinungsbearbeitung und Meinungsauswertung. Jede nichtanonymisierte Meldung, die im Meinungsmanagement eingeht, wird von uns schriftlich beantwortet.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja	Anregungen, Kritik oder Lob können Patienten, Angehörige oder Besucher gerne jederzeit vertrauensvoll gegenüber unseren Mitarbeitern äußern. Unser Team wird versuchen, individuelle Wünsche und Bedürfnisse zu realisieren. Auch unsere Mitarbeiterin des Meinungsmanagement nimmt gerne Ihre Rückmeldung entgegen. Die Kontaktdaten unseres Meinungsmanagements sind veröffentlicht und folglich 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. Die Meinungsbögen können am Empfang abgegeben oder in den dafür vorgesehenen Briefkasten geworfen werden.



### Lob- und Beschwerdemanagement

### Kommentar / Erläuterungen

Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen 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.

### Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

**Position:** Meinungsmanagementbeauftragte  
**Titel, Vorname, Name:** Maren Sohn  
**Telefon:** 06221/319-1780  
**Fax:** 06221/319-1405  
**E-Mail:** [IhreMeinung@bethanien-heidelberg.de](mailto:IhreMeinung@bethanien-heidelberg.de)  
**Straße, Nr.:** Rohrbacher Straße 149  
**PLZ, Ort:** 69126 Heidelberg



Abb 11: Maren Sohn, Meinungsmanagementbeauftragte, nimmt Lob und Beschwerden entgegen

### Zusatzinformationen Ansprechpersonen Beschwerdemanagement

**Link zum Bericht:**

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

**Kommentar:**

Unter <http://www.bethanien-heidelberg.de/Meinungsmanagement.5728.0.html> finden Sie den Meinungsbogen als pdf-Datei zum Herunterladen sowie das Online-Formular.

### Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

**Position:** Patientenfürsprecher  
**Titel, Vorname, Name:** Walter Spies  
**Telefon:** 06221/319-0  
**Fax:** /-  
**E-Mail:**  
**Straße, Nr.:**  
**PLZ, Ort:**



Abb 12: Patientenfürsprecher Walter Spies kümmert sich um die Belange der Patientinnen und Patienten

### Zusatzinformationen Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

**Kommentar:**

Der Patientenfürsprecher bietet Sprechstunden an und besucht Patienten regelhaft im Zimmer. Bei Bedarf vermittelt er bei Unzufriedenheit bzw. Konflikten zwischen Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern. Durch die Unabhängigkeit der ehrenamtlich Tätigen soll die Hemmschwelle für Meinungsäußerungen gesenkt werden.

### Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

**Position:** Meinungsmanagementbeauftragte  
**Titel, Vorname, Name:** Maren Sohn  
**Telefon:** 06221/319-1780  
**Fax:** 06221/319-1405

**E-Mail:** [IhreMeinung@bethanien-heidelberg.de](mailto:IhreMeinung@bethanien-heidelberg.de)

#### Zusatzinformationen Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

**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.

**Telefon:** /-

**E-Mail:** [IhreMeinung@bethanien-heidelberg.de](mailto:IhreMeinung@bethanien-heidelberg.de)

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

### 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.

### 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.

Weitere Informationen bekommen Sie hier:

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

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

### **B-1 Geriatrie**

#### **B-1.1 Allgemeine Angaben - Geriatrie**

<b>Fachabteilung:</b>	Geriatrie
<b>Fachabteilungsschlüssel:</b>	0200 3752
<b>Art:</b>	Hauptabteilung
<b>Chefarzt/Chefärztin:</b>	Dr. William Micol (kommissarisch)
<b>Ansprechpartner:</b>	Cordula Diouf
<b>Hausanschrift:</b>	Rohrbacher Str. 149 69126 Heidelberg
<b>Telefon:</b>	06221/319-0
<b>Fax:</b>	06221/319-1505
<b>E-Mail:</b>	<a href="mailto:info@bethanien-heidelberg.de">info@bethanien-heidelberg.de</a>
<b>URL:</b>	<a href="http://www.bethanien-heidelberg.de">http://www.bethanien-heidelberg.de</a>



Abb 13: Dr. William Micol, Chefarzt



Abb 14: Cordula Diouf, Chefarztsekretärin

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

**Zielvereinbarung gemäß DKG:** Ja

### B-1.3 Medizinische Leistungsangebote - Geriatrie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Geriatrie	Kommentar
VI00	Geriatrisches Zentrum (Altersmedizin)	
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.
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VI21	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation	
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	Konservative Diagnostik
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	Schwerpunkt neurodegenerative Erkrankungen

<b>Nr.</b>	<b>Medizinische Leistungsangebote - Geriatrie</b>	<b>Kommentar</b>
VI34	Elektrophysiologie	
VI35	Endoskopie	Schluckendoskopie (FEES)
VI44	Geriatrische Tagesklinik	
VI20	Intensivmedizin	
VI26	Naturheilkunde	
VI38	Palliativmedizin	Abteilung für Palliativmedizinische Therapie
VI39	Physikalische Therapie	Abteilung für Physikalische Therapie
VI40	Schmerztherapie	
VI27	Spezialsprechstunde	Kontinenz, Dysphagie
VI42	Transfusionsmedizin	
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden	
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems	
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems	
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute	
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen	
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	Assessments
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	Schwerpunkt Krankenhaus bzw. Geriatrisches Zentrum
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns	
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus	
VN16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels	
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns	
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems	
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen	
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen	
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen	
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	
VN23	Schmerztherapie	
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.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Geriatrie	Kommentar
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	
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
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane	
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln	
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz	
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	
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	
VU07	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems	
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes	
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien	
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	
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis	
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	
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	
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie	
VU14	Spezialsprechstunde	Kontinenzberatung

#### B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Geriatrie

Nr.	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Geriatrie	Kommentar
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	Die Geriatrich 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 Präsenzkräfte statt.
BF15	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	Die baulich angepasste Behandlungseinheit GISAD wurde in unserem Haus entwickelt und 2004 im Rahmen eines Modellprojektes als eine der ersten dieser Art eröffnet. Sie dient Patienten mit herausforderndem Verhalten als „geschützter Bereich“.
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	Die Fremdsprachenkenntnisse unserer Mitarbeiter sind transparent aufgelistet und können bei Bedarf in Anspruch genommen werden. Zur Unterstützung der Aufklärung von und der Kommunikation mit türkischen und russischen Patienten kommt eine mit Piktogrammen hinterlegte Übersetzungshilfe zum Einsatz.
BF11	Besondere personelle Unterstützung	Begleitung der Patienten zu Therapie und Diagnostik
BF24	Diätetische Angebote	Verschiedene Kostarten für Patienten mit Schluckstörungen (z.B. Schaumkost)
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter	
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe	Rollstühle mit Überbreite
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen	
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten	Blutdruckmanschetten mit Übergröße
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette	
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.	
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)	elektrisch verstellbare Betten; Bettverlängerung bei Übergröße





Nr.	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Geriatrie	Kommentar
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	CT bis 270 kg; In Kooperation mit Radiologischer Praxis.
BF28	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit	

### B-1.5 Fallzahlen - Geriatrie

Vollstationäre Fallzahl: 2108

Teilstationäre Fallzahl: 13

### B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I63	206	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt
2	I50	124	Herzschwäche
3	F05	112	Verwirrheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt
4	J18	110	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
5	S72	90	Knochenbruch des Oberschenkels
6	J69	81	Lungenentzündung durch Einatmen fester oder flüssiger Substanzen, z.B. Nahrung oder Blut
7	E87	52	Sonstige Störung des Wasser- und Salzhaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts
8	N17	46	Akutes Nierenversagen
9	N39	46	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
10	I21	45	Akuter Herzinfarkt
11	E86	39	Flüssigkeitsmangel
12	S32	39	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens
13	S06	37	Verletzung des Schädelinneren
14	J44	31	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD
15	G40	29	Anfallsleiden - Epilepsie

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

<b>Rang</b>	<b>OPS-301</b>	<b>Fallzahl</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>
1	9-200	843	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
2	8-550	776	Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) erkrankter älterer Menschen
3	1-770	773	Fachübergreifende Vorsorge und Basisuntersuchung von alten Menschen
4	8-930	282	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
5	8-982	254	Fachübergreifende Sterbebegleitung
6	3-200	221	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
7	8-800	101	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
8	1-632	63	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
9	3-203	34	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel
10	9-401	33	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten - Psychosoziale Intervention
11	1-440	28	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung
12	1-901	25	(Neuro-)psychologische Untersuchung bzw. Erfassung des psychosozialen Hintergrundes, wie finanzielle, berufliche und familiäre Situation
13	3-225	25	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel
14	1-613	24	Bewertung des Schluckens mit Hilfe eines schlauchförmigen Instrumentes, an dessen Ende eine Kamera installiert ist (Endoskop)
15	8-132	20	Spülung oder Gabe von Medikamenten in die Harnblase

### **B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Das AGAPLESION BETHANIE KRANKENHAUS HEIDELBERG führt keine ambulanten Behandlungen durch.

### **B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

Trifft nicht zu.

### **B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

**Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden:** Nein

**Stationäre BG-Zulassung vorhanden:** Nein

## B-1.11 Personelle Ausstattung

### B-1.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen	Anzahl	Fälle je Vollkraft
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	15,5 Vollkräfte	136,00000
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	4,2 Vollkräfte	501,90479
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	0,00000

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar
AQ23	Innere Medizin	Weiterbildungsbefugnis
AQ63	Allgemeinmedizin	
AQ26	Innere Medizin und SP Gastroenterologie	
AQ42	Neurologie	
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF09	Geriatric	Weiterbildungsbefugnis
ZF30	Palliativmedizin	Weiterbildungsbefugnis
ZF28	Notfallmedizin	
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –	
ZF31	Phlebologie	

### B-1.11.2 Pflegepersonal

Pflegepersonal	Anzahl	Fälle je Vollkraft	Ausbildungsdauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	30,9 Vollkräfte	68,22006	3 Jahre	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	0,4 Vollkräfte	5270,00000	3 Jahre	
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	26,9 Vollkräfte	78,36431	3 Jahre	Außerdem waren 7,0 Auszubildende zum/r Altenpfleger/in eingesetzt,
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	5,0 Vollkräfte	421,60001	1 Jahr	davon 1,0 Altenpflegehelfer/in (Ausbildung 1 Jahr).
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	0 Vollkräfte	0,00000	ab 200 Stunden Basiskurs	Zusätzlich waren 7,38 Pflegehelfer (ohne Qualifikation), 1,81 Stationshilfen und 2,25 Stationssekretärinnen im Einsatz.

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

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ02	Diplom	Eine promovierte Pflegewissenschaftlerin (Dr. phil.) bekleidet die Stabstelle PKMS. Die Stabstelle Kontinenzberatung ist u.a. durch eine Diplom-Pflegepädagogin (FH) besetzt.
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie	Wir haben Pflegefachkräfte mit Qualifizierung im Intermediate Care Bereich (IMC).

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP01	Basale Stimulation	
ZP03	Diabetes	Diabetes-Assistent
ZP06	Ernährungsmanagement	
ZP07	Geriatric	Drei unserer Mitarbeiter besitzen die Zusatzqualifikation "Führerschein Geriatric".
ZP08	Kinästhetik	
ZP09	Kontinenzmanagement	Die Beratung und Versorgung von Stomapatienten erfolgt durch unsere Pflegeexpertinnen für Kontinenzförderung (Stabstelle Pflegefachbereich Kontinenzberatung).
ZP12	Praxisanleitung	In unserer Akutgeriatrie arbeiten neun ausgebildete Praxisanleiter.
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP15	Stomamanagement	Die Beratung und Versorgung von Stomapatienten erfolgt durch unsere Pflegeexpertinnen für Kontinenzförderung. Fortbildungen zu Thema Stomaversorgung sind Bestandteil unseres IBF-Programms.
ZP16	Wundmanagement	Unsere Wundexperten haben die Fortbildung nach den Kriterien der ICW (Initiative Chronische Wunde).
ZP20	Palliative Care	Elf Mitarbeiter besitzen die Zusatzqualifikation Palliative Care. Außerdem arbeiten in unserer Palliativeinheit geschulte Aromaexpertinnen (Pflege).
ZP18	Dekubitusmanagement	Die Wund- und Dekubitusversorgung erfolgt durch unsere Wundexperten. Pflichtfortbildungen zu Thema Dekubitusprophylaxe sind Bestandteil unseres innerbetrieblichen Fortbildungs-Programms.
ZP21	Rehabilitation	
ZP19	Sturzmanagement	

## C Qualitätssicherung

### C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

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

#### C-1.1.[1] Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate für 0:

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	79	100,00
Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	151	100,00

#### C-1.2.[1] Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem QS-Verfahren für 0:

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

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

Leistungsbereich (LB) Qualitätsindikator (QI)	Ambulant erworbene Pneumonie Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
<b>Zähler / Nenner</b>	78 / 79
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,00%
<b>Vertrauensbereich</b>	97,20 - 97,30%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB) Qualitätsindikator (QI)	Ambulant erworbene Pneumonie Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten)
<b>Zähler / Nenner</b>	67 / 68
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich</b>	97,30 - 97,40%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert



<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (ausschließlich aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten)
<b>Zähler / Nenner</b>	11 / 11
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich</b>	94,10 - 94,90%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
<b>Zähler / Nenner</b>	35 / 38
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 90,00\%$
<b>Vertrauensbereich</b>	94,50 - 94,70%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB-65-Score = 0)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Frühes Mobilisieren von Patienten mit geringem Risiko innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme
<b>Zähler / Nenner</b>	entfällt
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 95,00\%$
<b>Vertrauensbereich</b>	95,70 - 96,10%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
<b>Kommentar Geschäftsstelle</b>	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Score = 1 oder 2)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Frühes Mobilisieren von Patienten mit mittlerem Risiko innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme
<b>Zähler / Nenner</b>	36 / 39
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,00%
<b>Vertrauensbereich</b>	90,80 - 91,10%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Verlaufskontrolle CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Fortlaufende Kontrolle der Lungenentzündung mittels Erhebung von Laborwerten (CRP oder PCT) während der ersten 5 Tage
<b>Zähler / Nenner</b>	45 / 46
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,00%
<b>Vertrauensbereich</b>	98,10 - 98,20%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Prüfen der Diagnosestellung und Behandlung bei Patienten mit mittlerem Risiko
<b>Zähler / Nenner</b>	4 / 4
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,00%
<b>Vertrauensbereich</b>	97,30 - 97,70%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Prüfen der Diagnosestellung und Behandlung bei Patienten mit hohem Risiko
<b>Zähler / Nenner</b>	entfällt
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Sentinel-Event
<b>Vertrauensbereich</b>	1,46 - 2,80%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
<b>Kommentar Geschäftsstelle</b>	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung
<b>Zähler / Nenner</b>	31 / 31
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 95,00\%$
<b>Vertrauensbereich</b>	92,70 - 93,00%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Ausreichender Gesundheitszustand nach bestimmten Kriterien bei Entlassung
<b>Zähler / Nenner</b>	28 / 31
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 95,00\%$
<b>Vertrauensbereich</b>	97,60 - 97,70%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	H20 - Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
<b>Kommentar Krankenhaus</b>	Insbesondere eine stabile Nahrungs- und Medikamenteneinnahme ist bei vielen gebrechlichen Patienten mit palliativem Procedere nicht zu erreichen. Darauf weisen wir im Arztbericht ausdrücklich hin.

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 46
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 13,80%
<b>Vertrauensbereich</b>	7,80 - 8,00%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
<b>Zähler / Nenner</b>	entfällt
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich</b>	0,92 - 0,94
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit niedrigem Risiko
<b>Zähler / Nenner</b>	entfällt
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 4,40%
<b>Vertrauensbereich</b>	1,50 - 1,80%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
<b>Kommentar Geschäftsstelle</b>	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 bis 2)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit mittlerem Risiko
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 44
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\leq 14,40\%$
<b>Vertrauensbereich</b>	8,10 - 8,40%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 bis 4)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit hohem Risiko
<b>Zähler / Nenner</b>	< 4
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\leq 40,70\%$
<b>Vertrauensbereich</b>	22,60 - 24,10%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus
<b>Zähler / Nenner</b>	79 / 79
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 98,00\%$
<b>Vertrauensbereich</b>	93,30 - 93,50%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

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

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

Leistungsbereich	Kommentar
MRSA	vollstationär
Schlaganfall: Akutbehandlung	vollstationär

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

Trifft nicht zu.

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

Trifft nicht zu.

## C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

Trifft nicht zu.

## C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Trifft nicht zu.

## C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 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	7
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. 3]	0
1.1.1	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 2]	0

## D Qualitätsmanagement

Qualität zieht sich durch alle Ebenen der Organisation und spiegelt sich in allen Tätigkeiten und Prozessen in der gesamten Einrichtung wider. Unser Ziel ist die fortlaufende Weiterentwicklung und Verbesserung der Qualität in allen Bereichen.

Im Mittelpunkt stehen die Bedürfnisse und Wünsche unserer Patienten und ihrer Angehörigen, aber auch die unserer Kooperationspartner und einweisenden Ärzte sowie Mitarbeiter. Grundlage bilden hierfür unser Leitbild und das EinsA Qualitätsversprechen.

Deshalb haben wir Strukturen zur Qualitätsplanung, Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung geschaffen – unser Qualitätsmanagement. Wir verstehen Qualitätsmanagement als festen Integrationsbestandteil als auch Führungsinstrument unserer Einrichtung und als Chance für die kontinuierliche Verbesserung der Leistungen.

Allerdings ergibt sich Qualität nicht von selbst, sondern muss erarbeitet werden. Das Qualitätsmanagement stützt sich auf die Beteiligung und Mitwirkung aller Mitarbeitenden und Führungskräfte. Verschiedene Instrumente kommen hierfür zum Einsatz, die im Folgenden aufgeführt werden.



### Audits

Bei gezielten Begehungen und Gesprächen - den internen Audits – ermitteln wir, ob das Qualitätsmanagement-System unsere eigenen, die gesetzlich festgelegten sowie die Anforderungen der Zertifizierungsnorm (DIN EN ISO 9001:2008) erfüllt. Alle Prozesse unseres Krankenhauses werden von der Aufnahme bis zur Entlassung des Patienten analysiert und auf ihre Wirksamkeit überprüft. Aus der Überprüfung leiten sich konkrete Verbesserungspotentiale ab, die in die Arbeit des internen Qualitätsmanagements einfließen.

Ausgewählte Lieferanten und Dienstleister werden anhand von einheitlichen Maßstäben jährlich beurteilt und von dieser Bewertung in Kenntnis gesetzt. Die Ergebnisse zeigen die Erfolge der Besten, aber auch die schwächsten Lieferantenbeziehung auf und dienen als Basis für konkrete Verbesserungsziele hinsichtlich ihrer Leistung.



## Risikomanagement

In allen Arbeitsbereichen können Risiken entstehen oder bereits vorhanden sein. Das Risikomanagement in unserer Einrichtung hat zum Ziel, Risiken frühzeitig zu erkennen, zu bewerten und zu vermindern bzw. zu beseitigen.

Doch wie lassen sich Risiken systematisch identifizieren? In unserer Einrichtung ist ein anonymes Frühwarnsystem Critical Incident Reporting System (CIRS) zur Erfassung kritischer Ereignisse etabliert. Meldungen von Mitarbeitern zu Beinahe-Fehlern werden aufgearbeitet, Lösungsstrategien und notwendige Veränderungen an Prozessen vorgenommen. Abschließend folgt die Weitervermittlung der Neuerungen an die Mitarbeiter und Umsetzung in die Praxis, um künftig solche Fehler zu vermeiden.

Neben dem CIRS führt unsere Einrichtung strukturiert Informationen über Risiken aus Begehungen oder auch Audits zusammen. Auch das Thema Patientensicherheit gehört zum festen Bestandteil des Risikomanagements.



## Meinungsmanagement



Wir nutzen den aktiven Umgang mit Meinungen aller Interessensgruppen als Chance zur Qualitätsverbesserung. Jede Meinung, ganz gleich ob Lob, Anregung oder Beschwerde, wird vom Meinungsmanagement bearbeitet und an die zuständigen Abteilungen weitergeleitet.

Mit dem Flyer "Ihre Meinung ist uns wichtig" können uns alle Patienten, Angehörige und Besucher Rückmeldungen geben. Grundsätzlich sind jedoch alle Mitarbeiter Ansprechpartner, um Anregungen und Beschwerden aufzunehmen - persönlich, telefonisch, schriftlich oder per E-Mail.

Die gewonnenen Informationen fließen in die Bewertungen des Qualitäts- und Risikomanagements ein und dienen uns als wichtige Hinweise bei der Neustrukturierung von Abläufen und der Erweiterung unseres Angebots.

Weiterführende Informationen zum Meinungsmanagement finden Sie unter A-14 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement.



## Zertifizierungen

Wir nutzen Begehungen durch außenstehende Experten - sogenannte Zertifizierungen - dazu, die Wirksamkeit unseres Qualitätsmanagement-Systems zu überprüfen und weitere Verbesserungspotentiale aufzeigen zu lassen. Das AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG war das erste Geriatrie-Zentrum in Baden-Württemberg, welches nach KTQ® (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) zertifiziert wurde. Die Erst-Zertifizierung erfolgte 2004, die Re-Zertifizierung 2007.



Seit 2010 orientiert sich unser QM-System an der Norm DIN EN ISO 9001:2008. Die Erstzertifizierung haben wir im Jahr 2012 erfolgreich bestanden. Im Jahr 2015 streben wir die Rezertifizierung an.

Im Rahmen der Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2008 kommen jährlich alle Prozesse und Abläufe auf den Prüfstand. Zusätzlich unterzieht sich unser Haus auch in anderen Bereichen (z.B. Hygiene, Transfusion, Arzneimittelversorgung, Arbeitssicherheit) Prüfungen und Begehungen als Nachweis einer guten Qualität und kontinuierlichen Weiterverbesserung. Auch aus diesen Ergebnissen werden konkrete Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet und im Rahmen des Qualitätsmanagements bearbeitet.

Unsere Küche ist EU-zertifiziert. Außerdem haben wir das RAL Gütesiegel „Kompetenz richtig Essen“ der GEK (Gütegemeinschaft Ernährungskompetenz e.V.), welches alle 2 Jahre erneut geprüft wird.



*Abb. 14 zeigt das pCC-Zertifikat für die Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2008*



*Abb. 15: Das RAL Gütesiegel steht für „Kompetenz richtig Essen“*



## Ideenbörse

Unsere Mitarbeitenden sind der Schlüssel zum Erfolg: In unserer Ideenbörse können Mitarbeiter kreative Verbesserungsvorschläge, Ideen oder auch Innovationen einreichen. Sie sind unsere Experten, um Verbesserungspotentiale bei Prozessabläufen, Technik und Material festzustellen. Aus diesen Anregungen lassen sich konkrete Maßnahmen ableiten und umsetzen. Im Jahr 2012 wurden 37 Ideen von Mitarbeitern eingebracht.



## Befragung

Den Interessen der Patienten, Mitarbeitern und Kooperationspartnern verpflichtet: Im Vordergrund stehen die Bedürfnisse und Wünsche unserer Patienten und ihrer Angehörigen, unserer Mitarbeiter, aber auch unserer Kooperationspartner und einweisenden Ärzte.

Anhand von Befragungen lassen sich Stärken und Schwächen unserer Einrichtung ermitteln und konkrete Verbesserungsmaßnahmen ableiten.

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

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

Informationen zum Behandlungsprozess. Außerdem finden Befragungen der einweisenden Ärzte und im Rahmen von regionalen Qualitätszirkeln enge persönliche kollegiale Austausch statt.

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

Weiterführende Informationen zum Thema Befragung finden Sie in Teil A-14 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement



## Projektorganisation

Strukturierte Projektarbeit zählt als wichtiger Baustein zum Qualitätsmanagement. Die Umsetzung unserer Projektorganisation gliedert sich in einzelne Schritte: Eine Arbeitsgruppe erarbeitet in Zusammenarbeit mit den Beteiligten Lösungen, sorgt für die Umsetzung und überprüft abschließend den Erfolg des Projektes.

Auch Erfahrungen aus den Projekten und die Frage „Was könnte beim nächsten Mal besser laufen?“ helfen dabei, uns stetig weiter zu entwickeln und zu verbessern. In unserer Einrichtung wurden bereits viele Projekte erfolgreich abgeschlossen. Zwei davon haben wir für Sie ausgewählt:

### **Einführung eines zentralen Aufnahme- und Belegungsmanagements**

Die zentrale Koordination und Regulierung der Patientenzimmerbelegung über unser Aufnahmezentrum wurde v.a. mit dem Ziel eingeführt, die Qualität der Betreuung sowie die Zufriedenheit der Patienten zu verbessern. Die täglichen Aufnahmen (Auswahl, Einbestellung und Verteilung) im Akutkrankenhaus erfolgen unter Berücksichtigung verschiedener Sachverhalte (z.B. Stationspezialisierungen, Fallschwere, Isolationspflicht, reservierte Wahlleistungszimmer), was eine gezieltere Bettendisposition ermöglicht.

### **Screening nach multiresistentem Erreger MRSA (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus)**

Seit 1.1.2012 führen wir bei jedem aufgenommenen Patienten mittels Abstrich ein MRSA-Screening durch. Als Screening bezeichnet man die aktive und gezielte Suche nach besiedelten Personen unabhängig von klinischen Symptomen. Ziel des MRSA-Screenings ist es, mit MRSA besiedelte Patienten zu identifizieren. Bei einem positiven Ergebnis werden über die Basishygiene hinausgehende Hygiene- und ggf. Dekolonisationsmaßnahmen eingeleitet, um einer Keimverbreitung entgegenzuwirken.