

# Qualitätsbericht 2018

Strukturierter Qualitätsbericht  
gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V  
für das Berichtsjahr 2018

Erstellt am 31.12.2019



## 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 .....	9
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus.....	9
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie.....	9
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	10
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	13
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit .....	14
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	14
A-9	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus.....	15
A-10	Gesamtfallzahlen .....	15
A-11	Personal des Krankenhauses .....	16
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....	26
A-13	Besondere apparative Ausstattung.....	43
<b>B</b>	<b>Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen .....</b>	<b>44</b>
B-1	Klinik für Akutgeriatrie .....	44
<b>C</b>	<b>Qualitätssicherung.....</b>	<b>61</b>
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	61
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate.....	61
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....	69
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V.....	69



C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	69
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V .....	70
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.....	70
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	71
<b>D</b>	<b>Qualitätsmanagement.....</b>	<b>72</b>

## - Einleitung

Strukturierter Qualitätsbericht

### Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

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



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

### Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

<b>Funktion</b>	Geschäftsführung seit 1.01.2019
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Florian Kesberger
<b>Telefon</b>	06221/319-1601
<b>Fax</b>	06221/319-1605
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:bpfeifer@bethanien-heidelberg.de">bpfeifer@bethanien-heidelberg.de</a>



*Abb. 2: Florian Kesberger  
Geschäftsführer*

### Weiterführende Links

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

**Link zu weiterführenden Informationen:**

Frankfurt am Main, im Dezember 2019

## Sehr geehrte Damen und Herren,

seit Jahren prägt ein Zukunftsthema das Gesundheitswesen: die Digitalisierung. Deutschlandweit haben immer mehr Gesundheitseinrichtungen den Trend erkannt. In Zukunft wird die Digitalisierung noch weiter an Fahrt gewinnen, kaum ein Akteur im Gesundheitswesen wird sich ihr entziehen können. AGAPLESION hat die Chancen dieses Megatrends schon früh erkannt und verfolgt bereits seit 2016 eine Digitalstrategie, um die Behandlungs- und Versorgungsqualität zu steigern.

Heute liegen in fast allen 100 Einrichtungen des Konzerns die Patienten- und Bewohnerdaten digital vor. Anhand dieser Daten konnten bereits Prozesse optimiert und so eine Qualitätssteigerung erzielt werden. Dabei gilt: AGAPLESION möchte alle Potenziale der innovativen Möglichkeiten ausschöpfen, dabei aber stets das Wohl der uns anvertrauten Patienten und Bewohner im Fokus behalten. Damit hat die Digitalisierung bei AGAPLESION stets einen dienenden Charakter.

Die Sicherung der Qualität innerhalb der Krankenhausprozesse begleiten der Zentrale Dienst Prozess- und Qualitätsmanagement sowie die Qualitätsmanager in den Einrichtungen. Sie erheben gemeinsam mit der AGAPLESION IT Daten und prüfen, ob Prozesse nahtlos ineinander greifen. Zudem identifizieren sie Qualitätsbrüche, denen sie durch kontinuierliche digitale Anpassungs- und Veränderungsprozesse gegensteuern. Ziel ist dabei immer die Verbesserung der Behandlungspfade, ein sicherer Informationsaustausch und eine Unterstützung von Diagnosen durch die Möglichkeiten der Digitalisierung – etwa durch Künstliche Intelligenz.

In kaum einer Branche spielen Qualitätsfragen eine so entscheidende Rolle wie im Gesundheitswesen, daher ist die Qualitätssicherung letztlich auch Führungsaufgabe. Sie wird regelmäßig von uns als Vorstand geprüft und freigegeben. Wir wissen, dass Qualitätssicherung in Zeiten der Digitalisierung viele neue Herausforderungen mit sich bringt. Unser Dank gilt daher Mitarbeitenden in der Zentrale sowie in den Einrichtungen, die sich für eine kontinuierliche Prozessoptimierung einsetzen. Sie stellen damit eine exzellente Qualität sicher und verbessern so die Lebensqualität unserer Patienten.

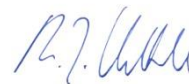
Mit freundlichen Grüßen



Dr. Markus Horneber  
Vorstandsvorsitzender  
AGAPLESION gAG



Jörg Marx  
Vorstand  
AGAPLESION gAG



Roland Kottke  
Vorstand  
AGAPLESION gAG

## Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

das AGAPLESION BETHANIE KRAKENHAUS HEIDELBERG ist ein Fachkrankenhaus für Altersmedizin (Geriatric) und damit auf die Behandlung älterer Menschen spezialisiert. Als Geriatrices Zentrum der Universitätsklinik Heidelberg und eines von sieben Geriatricen Zentren im Land Baden-Württemberg nimmt es überregional den Versorgungsauftrag für geriatriche Patienten wahr, ist in der klinischen Forschung und Lehre aktiv und bündelt medizinisches Expertenwissen in Zusammenarbeit mit der Universität Heidelberg.



Unsere Bereiche umfassen:

1. Akutgeriatric (105 Betten, hiervon 9 Betten palliativmedizinische Geriatric, 14 Betten Geriatric Internistische Station für akut erkrankte Demenzpatienten, 17 Betten Schlaganfallversorgung, 4 Überwachungsbetten)
2. Stationäre geriatriche Rehabilitation (66 Betten)
3. Ambulante geriatriche Rehabilitation (10 Plätze)

Abb. 3: AGAPLESION BETHANIE KRAKENHAUS HEIDELBERG

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

Bereits 2002 wurde im AGAPLESION BETHANIE KRAKENHAUS 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 2018. Es ist uns wichtig, hochwertige Standards zu schaffen, Althergebrachtes in Frage zu stellen, Bewährtes festzuschreiben und Neues kontinuierlich fortzuentwickeln.

Wir hoffen, Ihnen mit dem vorliegenden Bericht und den darin enthaltenen Zahlen, Daten und Fakten einen guten, umfassenden Einblick in unsere Leistungen und Angebote zu bieten. Bei Fragen steht Ihnen unsere Qualitätsmanagementbeauftragte, Frau Maren Sohn, per E-Mail zur Verfügung: [msohn@bethanien-heidelberg.de](mailto:msohn@bethanien-heidelberg.de)

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

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

Heidelberg, im November 2019



Florian Kesberger  
Geschäftsführer  
AGAPLESION BETHANIE KRAKENHAUS HEIDELBERG

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

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

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

### Ärztliche Leitung

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



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

### Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin	
Funktion	Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name	Margit Müller
Telefon	06221/319-1401
Fax	06221/319-1405
E-Mail	<a href="mailto:byurteri@bethanien-heidelberg.de">byurteri@bethanien-heidelberg.de</a>



Abb. 5: Margit Müller  
Pflegedirektorin

## Verwaltungsleitung

### Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin

<b>Funktion</b>	Geschäftsführung seit 1.01.2019
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Florian Kesberger
<b>Telefon</b>	06221/319-1601
<b>Fax</b>	06221/319-1605
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:bpfeifer@bethanien-heidelberg.de">bpfeifer@bethanien-heidelberg.de</a>



*Abb. 6: Florian Kesberger  
Verwaltungsdirektor*



## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

### Krankenhausträger

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

## A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

### Krankenhausart

<b>Krankenhausart</b>	Akademisches Lehrkrankenhaus
<b>Universität</b>	Klinikum der Universität Heidelberg

## A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

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

### Psychiatrie

<b>Psychiatrisches Krankenhaus</b>	Nein
<b>Regionale Versorgungsverpflichtung</b>	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 Schlaganfallereinheit ergänzen Expertinnen für Aromapflege (Primavera®) die Pflege und Behandlung der Patienten gemäß unserem Aromapflege-Konzept.
MP04	Atemgymnastik/-therapie	Erfolgt regelmäßig durch ausgebildete Physiotherapeuten
MP06	Basale Stimulation	Durch Mitarbeiter der Ergotherapie, insbesondere bei Patienten in einer Palliativsituation und bei Menschen mit Demenz
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Palliativbereich, Abschiedsraum, Mitarbeiter mit Palliativweiterbildung, Abschiedsgottesdienst für Angehörige einmal im Quartal, Beileidskarte an die Angehörigen aller verstorbenen Patienten
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	Bei neurologischen Patienten durch ausgebildete Therapeuten und Pflegekräfte
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Bei Diabetes, Unter- und Überernährung
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	Entlassmanagement; unsere Klinik setzt in Zusammenarbeit mit der AOK das integrierte Versorgungsmodell „Geriatrisches Netzwerk zur Optimierung der medizinischen Versorgung im Alten- und Pflegeheim“ um (vgl. A-12.4). Ein endgültiger Entlassbrief wird i.d.R. am Entlasstag an die Hausarztpraxis gefaxt.
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	Breites ergotherapeutisches Angebot insbesondere bei demenziell erkrankten Patienten und Patienten der Schlaganfallstation. Alle Patienten der frührehabilitativen geriatrischen Komplexbehandlung werden ergotherapeutisch behandelt. Hilfsmittelberatung, -erprobung und -versorgung durch MA der Ergotherapie

<b>Nr.</b>	<b>Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot</b>	<b>Kommentar</b>
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
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



Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen	Zu allen geriatrischen Syndromen
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	Durch ausgebildete Ergotherapeutinnen
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen	Ernährungsberatung
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	Poststationäres Trainingsangebot durch REGE e.V.: Das Präventions- und Rehabilitationstraining für ältere Menschen wurde von Sportwissenschaftlern unseres Hauses entwickelt. Ziel ist es, im Alter die Mobilität und Kraft gezielt zu fördern.
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	Stimm-, Sprach- und Schlucktherapie durch unsere Mitarbeiter der Logopädie
MP45	Stomatherapie/-beratung	Die Beratung und Versorgung von Stomapatienten erfolgt durch unsere Pflegeexpertinnen für Kontinenzförderung.
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	Umfassende Hilfsmittelberatung, -erprobung und -verordnung durch Physio- und Ergotherapie
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	Im Rahmen der physikalischen Therapie
MP51	Wundmanagement	Wir haben Pflegekräfte als Wundexperten nach den Kriterien der ICW (Initiative Chronische Wunde) geschult.
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	Das Geriatrische Netzwerk zur Optimierung der medizinischen Versorgung im Alten- und Pflegeheim ist ein integriertes Versorgungsmodell, das wir in Zusammenarbeit mit der AOK umsetzen. Es hat zum Ziel, die medizinische und pflegerische Versorgung von Pflegeheimbewohnern nachhaltig zu verbessern.
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen	Spezielle Therapien auf neurophysiologischer Grundlage (WB): Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF), Bobath, Affolter, Vojta. Dysphagie-Therapie mit orofazialer Stimulation
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	Zusatzangaben	Link	Kommentar
NM67	Andachtsraum			Klinikkapelle und Abschiedsraum
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	Angebote für besondere Ernährungsgewohnheiten: z.B. vegetarische Küche, muslimische Ernährung		
NM02	Ein-Bett-Zimmer			4 Zimmer
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle			6 Zimmer
NM40	Empfangs- und Begleitedienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen			Grüne Damen, Patientenführsprecher
NM14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	Kosten pro Tag: 0,00 €		
NM01	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum			
NM49	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen			Vortragsreihe "Altersfragen" für Patienten, Angehörige und Interessierte
NM30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	Kosten pro Stunde maximal: 1,00 € Kosten pro Tag maximal: 10,00 €		bis 15 Min frei, bis 1 Std. 1,00 €, jede weitere angefangene Stunde 1,00 €, Tageshöchstsatz 10,00 €
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
NM15	Internetanschluss am Bett/im Zimmer	Kosten pro Tag: 0 €		
NM68	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
FL09	Doktorandenbetreuung	Forschungsabteilung Prof. Dr. Klaus Hauer, Prof. Dr. Jürgen M. Bauer
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	Prof. Dr. Jürgen M. Bauer hat 2016 die Professur für Geriatrie an der Medizinischen Fakultät Heidelberg übernommen.
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien	Forschungsabteilung Prof. Dr. Klaus Hauer / Prof. Dr. Jürgen M. Bauer
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	Forschungsabteilung Prof. Dr. Klaus Hauer / Prof. Dr. Jürgen M. Bauer
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Als Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Heidelberg bilden wir Studierende im Praktischen Jahr und Famulaturen aus. Unterricht im Fach Geriatrie (Querschnittsbereich Q7) wird konzeptionell und inhaltlich vom AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG vertreten und durchgeführt.

## A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

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

Außerdem sind wir eine praktische Ausbildungsstätte für die Altenpflege.

## A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Betten	
Betten	105

## A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	1826
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	0

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

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

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

**Anzahl Vollkräfte:** 14,73

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	14,73	davon 0,07 geringfügig Beschäftigte
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	14,73	davon 0,07 geringfügig Beschäftigte
Nicht Direkt	0	

#### Davon Fachärzte/innen insgesamt

**Anzahl Vollkräfte:** 4,54

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,54	davon 0,04 geringfügig Beschäftigte
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,54	davon 0,04 geringfügig Beschäftigte
Nicht Direkt	0	



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

Anzahl Vollkräfte: 0

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

**Davon Fachärzte/innen ohne Fachabteilungszuordnung**

Anzahl Vollkräfte: 0

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

**Belegärzte/innen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres**

Anzahl: 0

## A-11.2 Pflegepersonal

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

**Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.**

### Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

#### **Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 25,05

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	25,05	davon 0,44 geringfügig Beschäftigte
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	25,05	davon 0,44 geringfügig Beschäftigte
Nicht Direkt	0	

#### **Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

**Anzahl Vollkräfte:** 0

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

### Altenpfleger und Altenpflegerinnen

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

#### **Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 22,15

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	22,15	davon 0,39 geringfügig Beschäftigte. Zusätzlich waren folgende Auszubildenden eingesetzt: 0,21 Altenpflegehilfeschüler/innen, 1,40 Altenpflegeschüler/innen, 0,03 Gesundheits- und Krankenpflegeschüler/innen
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	22,15	davon 0,39 geringfügig Beschäftigte. Zusätzlich waren folgende Auszubildenden eingesetzt: 0,21 Altenpflegehilfeschüler/innen, 1,40 Altenpflegeschüler/innen, 0,03 Gesundheits- und Krankenpflegeschüler/innen
Nicht Direkt	0	

#### **Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

**Anzahl Vollkräfte:** 0

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

### Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

#### Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 6,01

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,01	inkl. Altenpflegehelfer/in (Ausbildung 1 Jahr); davon 0,19 geringfügig Beschäftigte
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,01	inkl. Altenpflegehelfer/in (Ausbildung 1 Jahr); davon 0,19 geringfügig Beschäftigte
Nicht Direkt	0	

#### Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

### Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

**Ausbildungsdauer:** ab 200 Std. Basiskurs

**Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 0

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	zusätzlich waren 4,89 Pflegehelfer/innen ohne Qualifikation (davon 3,23 geringfügig Beschäftigte), 2,13 Stationshilfen sowie 2,00 Stationssekretärinnen im Einsatz
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	zusätzlich waren 4,89 Pflegehelfer/innen ohne Qualifikation (davon 3,23 geringfügig Beschäftigte), 2,13 Stationshilfen sowie 2,00 Stationssekretärinnen im Einsatz
Nicht Direkt	0	

#### Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

**Anzahl Vollkräfte:** 0

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

### Medizinische Fachangestellte

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

#### **Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 0,1

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,1	
Nicht Direkt	0	

#### **Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

**Anzahl Vollkräfte:** 0

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

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

Trifft nicht zu.

### A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

#### SP05 - Ergotherapeut und Ergotherapeutin

Anzahl Vollkräfte: 3,47

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,47	davon 0,46 Altentherapeut/innen
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,47	davon 0,46 Altentherapeut/innen
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 2,35

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,35	Alle LogopädInnen sind weitergebildet in FOTT & MDT; vier LogopädInnen 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	2,35	Alle LogopädInnen sind weitergebildet in FOTT & MDT; vier von sechs LogopädInnen sind weitergebildet in FEES-Durchführung; ein Diplom Logopädie&Lehrlogopäde (dbl); ein MSc Neurorehabilitation; ein MSc Demenzstudien, zwei Systemische Beratung; ein MSc Neuropsycholinguistik & PhD Patholinguistik
Nicht Direkt	0	

### SP21 - Physiotherapeut und Physiotherapeutin

**Anzahl Vollkräfte:** 9,2

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,2	davon 0,26 geringfügig Beschäftigte; alle Physiotherapeuten sind Masseur und Med. Bademeister
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,2	davon 0,26 geringfügig Beschäftigte; alle Physiotherapeuten sind Masseur und Med. Bademeister
Nicht Direkt	0	

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

**Anzahl Vollkräfte:** 0,51

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,51	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,51	
Nicht Direkt	0	



### SP25 - Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin

**Anzahl Vollkräfte:** 1,64

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,64	davon 0,07 geringfügig Beschäftigte
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,64	davon 0,07 geringfügig Beschäftigte
Nicht Direkt	0	

### SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

**Anzahl Vollkräfte:** 2,82

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

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,82	Bobath Erwachsene
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,82	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 einrichtungswinteren Qualitätsmanagements

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



*Abb. 7: Maren Sohn ist verantwortlich für das Qualitätsmanagement*

#### A-12.1.2 Lenkungsgremium

##### Lenkungsgremium

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

<b>Tagungsfrequenz des Gremiums</b>	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

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



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

### A-12.2.2 Lenkungsgremium

#### Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe

<b>Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe</b>	Ja - Wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement
<b>Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche</b>	Unser QM-Team setzt sich berufsgruppenübergreifend aus Vertretern der ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Bereiche sowie der Verwaltung zusammen. Das QM-Team wird von der QM-Beauftragten fachlich geleitet.
<b>Tagungsfrequenz des Gremiums</b>	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: AGAPLESION Risikomanagement Datum: 11.04.2019	Jährliche Bewertung des Managementsystems und des Risikomanagements durch die Betriebsleitung u.a. unter Berücksichtigung der für das Haus ausgemachten Risiken und der Vorgaben der DIN EN ISO 9001:2015. Außerdem gibt es u.a. Regelungen zu den Themen: Qualitätsmanagement, Patientensicherheit, Audits.
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		Vorgegebene Pflichtschulungen im Rahmen der Innerbetrieblichen Fortbildung; vielfältiges Angebot berufsspezifischer Fort- und Weiterbildungen, Schulungen im Dokumentenmanagementsystem roXtra, Auditschulungen etc.
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

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM05	Schmerzmanagement	Name: Prozessbeschreibung Schmerzmanagement Datum: 17.05.2018	Interdisziplinärer Standard auf Grundlage des Nationalen Expertenstandards "Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen"
RM06	Sturzprophylaxe	Name: Pflegestandard Sturzprophylaxe Datum: 20.02.2015	Unter Berücksichtigung des Nationalen Expertenstandards „Sturzprophylaxe in der Pflege“; befindet sich derzeit in Überarbeitung
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Name: Pflegestandard Dekubitusprophylaxe Datum: 20.02.2015	Auf Grundlage des Nationalen Expertenstandards „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“; befindet sich derzeit in Überarbeitung
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Name: Prozessbeschreibung Freiheitsentziehende Maßnahmen Datum: 28.05.2018	Wir versuchen bei der Betreuung von Patienten weitestgehend auf freiheitsentziehende Maßnahmen zu verzichten.
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Name: 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 Mängel ist geregelt. Die fachliche Betreuung erfolgt durch eine Tochtergesellschaft des Konzerns.



Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen - Palliativbesprechungen - Qualitätszirkel	Außerdem Durchführung von wöchentlichen fallbezogenen Teambesprechungen. Diese stellen das Kernstück geriatrischer Behandlung dar. Im interdisziplinären Informationsaustausch wird der Behandlungsprozess strukturiert und effizient auf den Patienten abgestimmt.
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.
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Name: Verfahrensanweisung "Umgang mit dem Patienten-Identifikationsarmband" Datum: 22.05.2018	Das Patienten-Identifikationsarmband dient während des gesamten Krankenhausaufenthaltes dazu, die Identität des Patienten bei allen Diagnose- und Behandlungsschritten festzustellen, 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 einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

#### Internes Fehlermeldesystem

Internes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	bei Bedarf
Verbesserung Patientensicherheit	Die Software AiDKlinik (Arzneimittel-Informationen-Dienst) ist im Einsatz. Diese prüft die verordnete Patientenmedikation automatisch u.a. auf mögliche Interaktionen mit anderen Arzneimitteln, nötige Dosisanpassungen bei Niereninsuffizienz und Doppelverordnungen. Für Medikamente, die mit Spritzen verabreicht werden, gelten besondere Richtlinien. Um die Verwechslungsgefahr zu verringern, werden vorgedruckte Etiketten mit verschiedenen Farben eingesetzt.

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	19.06.2019
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	jährlich

### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

#### Übergreifendes Fehlermeldesystem

Übergreifendes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	bei Bedarf

Nr.	Instrument und Maßnahme	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
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	2	Betreuung durch AGAPLESION HYGIENE - Institut für Hygiene & Umweltmedizin und eine geringfügig Beschäftigte Hygienefachkraft
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	Hygienebeauftragte in der Pflege und Therapie (40 Unterrichtseinheiten à 45 min)

#### Hygienekommission

Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich

#### Hygienekommission Vorsitzender

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



Abb. 9: Prof. Jürgen M. Bauer ist Vorsitzender der Hygienekommission



## A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt.

#### 1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage

Der Standard liegt vor Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

a) Hygienische Händedesinfektion Ja

b) Adäquate Hautdesinfektion der Kathetereinstichstelle Ja

c) Beachtung der Einwirkzeit Ja

d) Weitere Hygienemaßnahmen

- sterile Handschuhe Ja

- steriler Kittel Ja

- Kopfhaube Ja

- Mund-Nasen-Schutz Ja

- steriles Abdecktuch Ja

Standard durch  
Geschäftsführung/Hygienekom.  
autorisiert Ja

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

Der Standard liegt vor Ja

Standard durch  
Geschäftsführung/Hygienekom.  
autorisiert Ja

Die Liegedauer der zentralen Venenkatheter wird im KIS dokumentiert.

### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

#### Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie

Die Leitlinie liegt vor Nein

#### Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe

Der Standard liegt vor Am Standort werden keine Operationen durchgeführt

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

### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

#### Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel

Der Standard liegt vor Ja

#### Der interne Standard thematisiert insbesondere

a) Hygienische Händedesinfektion Ja

b) Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen Ja

c) Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden Ja

d) Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen 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	49,00 ml/Patiententag

##### Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen

- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Keine Intensivstation vorhanden
---	---------------------------------

Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs	Ja
---	----

#### A-12.3.2.5 Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)

##### MRSA

Standardisierte Information (MRSA) erfolgt z. B. durch Flyer MRSA-Netzwerke	Ja
---	----

Informationsmanagement für MRSA liegt vor	Ja
---	----

##### Risikoadaptiertes Aufnahmescreening

Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen)	Ja
---	----

##### Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang

Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren	Ja
---------------------------------	----

#### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

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

## A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja	Unser Meinungsmanagement, orientiert sich an dem in der Literatur ausgewiesenen Beschwerdemanagementprozess. AGAPLESION hat sich bewusst für die Formulierung Meinungsmanagement entschieden, weil dieser Begriff sämtliche Meinungsäußerungen, wie Lob, Anregungen und Beschwerden umfasst. Die Beschwerde deckt Möglichkeiten zur Qualitätsverbesserung auf, hilft zukünftige Beschwerden zu vermeiden und ist deshalb für uns besonders wichtig.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja	Zu unserem Beschwerdemanagement (unserem sogenannten Meinungsmanagement) liegt ein schriftliches und verbindliches Konzept vor. Dieses regelt u. a. die Meinungsstimulierung, Meinungsannahme, Meinungsbearbeitung und Meinungsauswertung. Jede nichtanonymisierte Meldung, die im Meinungsmanagement eingeht, wird von uns schriftlich beantwortet.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja	Anregungen, Kritik oder Lob können Patienten, Angehörige und Besucher gerne jederzeit vertrauensvoll gegenüber unseren Mitarbeitern äußern. Unser Team wird versuchen, individuelle Wünsche und Bedürfnisse zu realisieren. Auch unsere Mitarbeiterinnen des Meinungsmanagements nehmen gerne Ihre Rückmeldung entgegen. Deren Kontaktdaten sind veröffentlicht und für jeden zugänglich, so dass eine Meinung schriftlich, telefonisch oder auch elektronisch mitgeteilt werden kann.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja	Jeder Patient erhält bei Aufnahme den Meinungsbogen „Ihre Meinung ist uns wichtig“, mit dem er Beschwerden, Lob und Anregungen rückmelden kann. Für Angehörige, Besucher und Mitarbeiter sind im Eingangsbereich unseres Hauses Meinungsbögen ausgelegt. Sofern gewünscht, sind unsere Mitarbeiter beim Ausfüllen des Meinungsbogens jederzeit behilflich. Diese können am Empfang abgegeben oder in den dafür vorgesehenen Briefkasten eingeworfen werden. Zudem kann der Bogen online ausgefüllt werden.

### Lob- und Beschwerdemanagement

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

### Kommentar / Erläuterungen

Sofern die Kontaktdaten des Beschwerdeführers vorliegen und es sich um eine Beschwerde handelt, streben wir innerhalb von fünf Tagen eine Rückmeldung an. Benötigt die Beschwerdebearbeitung mehr Zeit, so wird der Beschwerdeführer über den aktuellen Zwischenstand der Beschwerdebearbeitung informiert.

### Regelmäßige Einweiserbefragungen

Durchgeführt Ja

Link

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

### Regelmäßige Patientenbefragungen

Durchgeführt Ja

Link

**Kommentar** Bei der Verbesserung unserer Prozesse orientieren wir uns an den Wünschen und Bedürfnissen unserer Patienten. Deshalb befragen wir jeden Patienten bzw. dessen Angehörige/nachsorgende Einrichtung mittels Rückmeldebogen zur stattgefundenen Entlassvorbereitung und -umsetzung.

### Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

Möglich Ja

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

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

## Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

### Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

**Funktion** Meinungsmanagement

**Titel, Vorname, Name** Beate Yurteri

**Telefon** 06221/319-1401

**Fax** 06221/319-1405

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



*Abb. 10: Beate Yurteri nimmt Lob und Beschwerden entgegen*

#### Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements

<b>Link zum Bericht</b>	<a href="https://www.bethanien-heidelberg.de/fileadmin/Agaplesion_bkh_heidelberg/Berichte/Qualitaetsbericht2017_Bethanien-Krankenhaus-Heidelberg_2018-12-10.pdf">https://www.bethanien-heidelberg.de/fileadmin/Agaplesion_bkh_heidelberg/Berichte/Qualitaetsbericht2017_Bethanien-Krankenhaus-Heidelberg_2018-12-10.pdf</a>
<b>Kommentar</b>	Unter <a href="https://www.bethanien-heidelberg.de/ueber-uns/qualitaet/meinungsbogen">https://www.bethanien-heidelberg.de/ueber-uns/qualitaet/meinungsbogen</a> finden Sie das Online-Meinungsformular.

#### Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherinnen

##### Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

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



*Abb. 11: Cornelia Schati ist Patientenfürsprecherin in der Akutgeriatrie*

#### Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprechern oder Patientenfürsprecherinnen

<b>Kommentar</b>	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)

AMTS ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für Patientinnen und Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen ist, dass AMTS als integraler Bestandteil der täglichen Routine in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz gelebt wird.

### A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

#### Zentrales Gremium / Arbeitsgruppe

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

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

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche: Alle Abteilungen des Krankenhauses

### A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit einer konkreten Person übertragen: Ja

#### Angaben zur Person

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

#### Verantwortliche Person AMTS

##### Funktion

Oberarzt

##### Titel, Vorname, Name

Dr. med. Sebastian Baron

##### Telefon

06221/319-1501

##### Fax

06221/319-1505

##### E-Mail

[sebastian.baron@bethanien-heidelberg.de](mailto:sebastian.baron@bethanien-heidelberg.de)



Abb. 12: Dr. Sebastian Baron  
verantwortet die Arbeitsgruppe zur 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

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
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.
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Name: Verfahrensanweisung „Medikamentenmanagement“	
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 Kap. 12.2.3.2)	

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs</li> <li>- Aushändigung des Medikationsplans</li> <li>- bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten</li> <li>- Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen</li> </ul>	

## A-13 Besondere apparative Ausstattung

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

## B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

### B-1 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

##### Chefarzt/Chefärztin

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



Abb. 13: Prof. Jürgen M. Bauer  
Ärztlicher Leiter

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

##### 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	
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
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	
Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Akutgeriatrie	Kommentar
VU01	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten	
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane	Konservative Diagnostik und Therapie
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis	
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen	Konservative Diagnostik und Therapie
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	Konservative Diagnostik und Therapie
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	Schwerpunkt neurodegenerative Erkrankungen
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	
VI35	Endoskopie	Schluckendoskopie (FEES); 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	Spezielsprechstunde	Kontinenz, Dysphagie
VU14	Spezielsprechstunde	Kontinenzberatung



VI42	Transfusionsmedizin
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
VI00	Palliativmedizin



## B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Klinik für Akutgeriatrie

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

Nr.	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Klinik für Akutgeriatrie	Kommentar
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen	
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	CT bis 270 kg; in Kooperation mit Radiologischer Praxis
<b>BF20</b>	<b>Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten</b>	<b>Blutdruckmanschetten mit Übergröße</b>
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette	
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche oder Ähnliches	

### B-1.5 Fallzahlen Klinik für Akutgeriatrie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1826
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I63	184	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt
2	I50	124	Herzschwäche
3	R26	86	Störung des Ganges bzw. der Beweglichkeit
4	N39	85	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
5	J18	76	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
6	S72	72	Knochenbruch des Oberschenkels
7	F05	59	Verwirrheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt
8	S06	51	Verletzung des Schädelinneren
9	S32	44	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens
10	I21	43	Akuter Herzinfarkt
11	J69	41	Lungenentzündung durch Einatmen fester oder flüssiger Substanzen, z.B. Nahrung oder Blut
12	E87	34	Sonstige Störung des Wasser- und Salzhaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts
13	E86	33	Flüssigkeitsmangel
14	G40	32	Anfallsleiden - Epilepsie
15	J22	29	Akute Entzündung der unteren Atemwege, vom Arzt nicht näher bezeichnet

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

Entfällt

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

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

<b>Rang</b>	<b>OPS-301</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>
1	8-550	958	Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) erkrankter älterer Menschen
2	9-984	870	Pflegebedürftigkeit
3	9-200	549	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
4	3-200	249	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
5	8-930	242	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
6	8-982	168	Fachübergreifende Sterbebegleitung
7	8-800	103	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
8	8-987	101	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern
9	1-770	95	Fachübergreifende Vorsorge und Basisuntersuchung von alten Menschen
10	1-771	90	Einheitliche Basisuntersuchung von alten Menschen
11	1-632	61	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
12	1-901	38	(Neuro-)psychologische Untersuchung bzw. Erfassung des psychosozialen Hintergrundes, wie finanzielle, berufliche und familiäre Situation
13	8-98g	34	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern
14	3-203	31	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel
15	8-132	31	Spülung oder Gabe von Medikamenten in die Harnblase

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

Entfällt

## **B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Trifft nicht zu.

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

Trifft nicht zu.

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

#### Zulassung vorhanden

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

### B-1.11 Personelle Ausstattung

#### B-1.11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

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

Anzahl Vollkräfte: 14,73

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	14,73	davon 0,07 geringfügig Beschäftigte
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	14,73	davon 0,07 geringfügig Beschäftigte
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 123,9647

#### Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 4,54

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,54	davon 0,04 geringfügig Beschäftigte
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,54	davon 0,04 geringfügig Beschäftigte
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:** 402,20264

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

### B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

#### Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

**Anzahl Vollkräfte:** 25,05

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	25,05	davon 0,44 geringfügig Beschäftigte
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	25,05	davon 0,44 geringfügig Beschäftigte
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:** 72,89421

**Altenpfleger und Altenpflegerinnen**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 22,15

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	22,15	davon 0,39 geringfügig Beschäftigte. Zusätzlich waren folgende Auszubildenden eingesetzt: 0,21 Altenpflegehilfeschüler/innen, 1,40 Altenpflegeschüler/innen, 0,03 Gesundheits- und Krankenpflegeschüler/innen
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	22,15	davon 0,39 geringfügig Beschäftigte. Zusätzlich waren folgende Auszubildenden eingesetzt: 0,21 Altenpflegehilfeschüler/innen, 1,40 Altenpflegeschüler/innen, 0,03 Gesundheits- und Krankenpflegeschüler/innen
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:** 82,43792

### Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

**Ausbildungsdauer:** 1 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

**Anzahl Vollkräfte:** 6,01

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,01	inkl. Altenpflegehelfer/in (Ausbildung 1 Jahr); davon 0,19 geringfügig Beschäftigte
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,01	inkl. Altenpflegehelfer/in (Ausbildung 1 Jahr); davon 0,19 geringfügig Beschäftigte
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:** 303,82696

### Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

**Ausbildungsdauer:** ab 200 Std. Basiskurs

#### Personal in Fachabteilung

**Anzahl Vollkräfte:** 0

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	zusätzlich waren 4,89 Pflegehelfer/innen ohne Qualifikation (davon 3,23 geringfügig Beschäftigte), 2,13 Stationshilfen sowie 2,00 Stationssekretärinnen im Einsatz
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	zusätzlich waren 4,89 Pflegehelfer/innen ohne Qualifikation (davon 3,23 geringfügig Beschäftigte), 2,13 Stationshilfen sowie 2,00 Stationssekretärinnen im Einsatz
Nicht Direkt	0	



**Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:**

**Medizinische Fachangestellte**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 0,1

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,1	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:** 18260

## 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".
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	Eine Pflegekraft besitzt die Weiterbildung zur "Pflegefachkraft für Gerontopsychiatrie".
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	Jede Station verfügt über einen Hygienebeauftragten in der Pflege.
PQ20	Praxisanleitung	Jede Station verfügt über einen Praxisanleiter.

## Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP01	Basale Stimulation	Im Rahmen der geriatricspezifischen Weiterbildung "Führerschein Geriatrie" ist der Grundkurs Basale Stimulation (zwei Tage) integriert. Diesen haben insgesamt elf unserer Pflegefachkräfte absolviert.
ZP18	Dekubitusmanagement	Die Wund- und Dekubitusversorgung erfolgt durch unsere Wundexperten. Pflichtfortbildungen zum Thema Dekubitusprophylaxe sind Bestandteil unseres IBF-Programms.
ZP06	Ernährungsmanagement	
ZP07	Geriatrie	Elf unserer Mitarbeitenden besitzen die Zusatzqualifikation "Führerschein Geriatrie".
ZP08	Kinästhetik	Sechs unserer Pflegefachkräfte verfügen über Grundlagen- 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 arbeiten in unserer Palliativeinheit geschulte Aromaexpertinnen (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.
ZP15	Stomamanagement	Die Beratung und Versorgung von Stomapatienten erfolgt durch unsere Pflegeexpertinnen für Kontinenzförderung. Fortbildungen zum Thema Stomaversorgung sind Bestandteil unseres IBF-Programms.

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

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

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

## C Qualitätssicherung

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

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

#### C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	29	100,0	
Geburtshilfe (16/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung: Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (HEP_WE)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Karotis-Revaskularisation (10/2)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen (KEP_IMP)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesenwechsel und –komponentenwechsel (KEP_WE)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Mammachirurgie (18/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Neonatalogie (NEO)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	167	100,0	
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH) <sup>1</sup>			In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Aortenklappenchirurgie, isoliert (HCH)			In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Koronarchirurgie, isoliert (HCH)			In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation (HCH_AORT_KATH_ENDO)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation (HCH_AORT_KATH_TRAPI)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

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

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

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

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

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

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

Leistungsbereich (LB) Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ambulant erworbene Pneumonie Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Grundgesamtheit	17
Beobachtete Ereignisse	17
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,45 - 98,54%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	81,57 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Leistungsbereich (LB) Bezeichnung der Kennzahl	Ambulant erworbene Pneumonie Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht 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 nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	16
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,49 - 98,58%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	80,64 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-



<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	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)
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Nicht definiert
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	96,91 - 97,56%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Behandlung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
<b>Grundgesamtheit</b>	11
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	10
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	90,91%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	95,01 - 95,18%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	62,26 - 98,38%
<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>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Index = 1 oder 2)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Körperliche Aktivierung innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus bei Patientinnen und Patienten mit mittlerem Risiko, an einer Lungenentzündung zu versterben
<b>Grundgesamtheit</b>	8
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	8
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 90,00\%$
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	93,74 - 93,99%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	67,56 - 100,00%
<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>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund war, wurde nach festgelegten Kriterien vor Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmt
<b>Grundgesamtheit</b>	5
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	5
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 95,00\%$
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	95,47 - 95,66%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	56,55 - 100,00%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter 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)
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,97
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,58 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,05 - 1,07
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,34 - 2,25
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter 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
Grundgesamtheit	17
Beobachtete Ereignisse	17
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,42 - 96,55%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	81,57 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Pflege: Dekubitusprophylaxe</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	"Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts ein Druckgeschwür (Dekubitus) 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 (Dekubitus Grad/ Kategorie 1))"
<b>Grundgesamtheit</b>	2860
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	6
<b>Erwartete Ereignisse</b>	16,81
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,36 <= 2,31 (
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)"
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,05 - 1,07 <= 2,31 (
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,16 - 0,78 <= 2,31 (
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Pflege: Dekubitusprophylaxe</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitus Grad/ Kategorie 4)
<b>Grundgesamtheit</b>	2860
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Sentinel-Event
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,01 - 0,01%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 0,13%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

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

**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

**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	
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	GEMIDAS (Geriatrisches Minimum Data Set)
<b>Ergebnis</b>	Die Ergebnisse unserer Klinik liegen im Bundesvergleich im guten durchschnittlichen Bereich
<b>Messzeitraum</b>	01.01.2018 - 31.12.2018
<b>Datenerhebung</b>	Stammdaten, Diagnosegruppen, Aufnahme von, Entlassung nach, Vorbehandlung, Barthel-Index, -Differenz/Tag; MMST, Hilfsmittel, Mortalität; Ergebnisinterpretation
<b>Rechenregeln</b>	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.
<b>Referenzbereiche</b>	
<b>Vergleichswerte</b>	
<b>Quellenangaben</b>	<a href="http://bv-geriatrie.de/verbandsarbeit/gemidas-pro">http://bv-geriatrie.de/verbandsarbeit/gemidas-pro</a> ; <a href="http://www.gemidas.geriatrie-web.de/Files/Gemidas_06-2005_Frankfurt.pdf">http://www.gemidas.geriatrie-web.de/Files/Gemidas_06-2005_Frankfurt.pdf</a>

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

**C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr**

In unserer Klinik werden keine Operationen durchgeführt.

**C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr**

Trifft nicht zu.

**C-5.2.1 Gesamtergebnis der Prognosedarlegung**

**C-5.2.2 Leistungsmengen, die der Prognoseermittlung zu Grunde gelegt wurden**

**C-5.2.3 Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen**

**C-5.2.4 Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)**

**C-5.2.5 Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden**

**C-5.2.6 Übergangsregelung**

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

Trifft nicht zu.

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

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

## D Qualitätsmanagement

### Qualitätsmanagement

Die Qualitätsanforderungen im Gesundheitswesen nehmen kontinuierlich zu. Hygiene und Patientensicherheit haben in den vergangenen zehn bis zwanzig Jahren ein außerordentliches Niveau erreicht. Das ist auch notwendig, denn die Entwicklung von Antibiotikaresistenzen bei Keimen, das gestiegene Durchschnittsalter stationärer Patienten und veränderte Krankheitsbilder müssen von entsprechenden Maßnahmen der Qualitätssicherung begleitet werden. In keinem anderen Bereich des Gesundheitswesens wird Qualität so umfassend kontrolliert und bewertet wie bei den Kliniken.

Die Qualitätspolitik von AGAPLESION orientiert sich an der DIN EN ISO 9001:2015. Danach sind alle Prozesse als Führungs-, Kern- oder Unterstützungsprozesse definiert und im Qualitätsmanagementhandbuch für alle zugänglich abgelegt. Unsere Qualitätspolitik geht jedoch weit über die gesetzlich vorgeschriebene Umsetzung von Einzelmaßnahmen hinaus. Sie zielt darauf ab, die zahlreichen Instrumente der Qualitätssicherung systematisch miteinander zu verzahnen. In vielen Unternehmen ist die Verortung von Qualität in der Unternehmensplanung nicht definiert. Bei AGAPLESION ist sie dagegen Teil der strategischen Unternehmensplanung.

Ein Konzernverbund wie AGAPLESION hat die Möglichkeit, Fachleute aus verschiedenen Einrichtungen zusammenzubringen. Auf diese Weise können Qualitätsstandards umfassender und zielgerichteter entwickelt und umgesetzt werden, als das für einzelne, kleine Häuser überhaupt möglich ist.

Grundlage bilden hierfür unser Leitbild und das EinsA-Qualitätsversprechen. Wir verstehen Qualitätsmanagement als ganzheitlichen Managementansatz zur Erfüllung der an uns gestellten Erwartungen und als Chance zur kontinuierlichen Verbesserung unserer Leistungen. Die folgenden Instrumente kommen dabei zum Einsatz:





## Audits

Audits sind systematische und unabhängige Bewertungen, inwieweit die Qualitätsanforderungen erfüllt sind. Auf der Grundlage von Nachweisen wird der Erfüllungsgrad der Anforderungen objektiv bewertet und dokumentiert.

Bei gezielten Begehungen und Gesprächen, den sogenannten internen Audits, ermitteln wir, ob unser Qualitätsmanagement-System unsere eigenen, die gesetzlich festgelegten sowie die Anforderungen der Zertifizierungsnorm DIN EN ISO 9001:2015 erfüllt. Alle Prozesse unseres Krankenhauses werden von der Aufnahme des Patienten bis hin zur Entlassung analysiert und auf ihre Wirksamkeit überprüft. Aus der Überprüfung leiten wir konkrete Verbesserungspotenziale ab, die in die Arbeit des internen Qualitätsmanagements einfließen.

Auch ausgewählte Lieferanten und Dienstleister werden anhand von einheitlichen Maßstäben jährlich beurteilt und von dieser Bewertung in Kenntnis gesetzt. Die Ergebnisse zeigen die Stärken, aber auch die Schwächen der Lieferantenbeziehungen 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.

Die systematische Identifizierung von Risiken erfolgt mit Hilfe eines anonymen Frühwarnsystems, dem Critical Incident Reporting System (CIRS). In diesem werden kritische Ereignisse erfasst, bevor sie zu Fehlern führen. Diese Meldungen von Mitarbeitern zu Beinahe-Fehlern werden aufgearbeitet, Lösungsstrategien entwickelt und notwendige Veränderungen an Prozessen vorgenommen. Abschließend folgt die Weitervermittlung der Neuerungen an die Mitarbeiter und die Umsetzung in die Praxis, um künftig solche Fehler zu vermeiden.

Neben dem CIRS führen unsere Einrichtungen strukturiert Informationen über Risiken aus Risikointerviews, Begehungen oder Audits zusammen.

Auch die Sicherung und Steigerung der Patientensicherheit gehört in unserem Haus zum festen Bestandteil des Risikomanagements. In allen Bereichen sind Standards und Maßnahmen umgesetzt, die dazu dienen, die Identifikation des Patienten bei allen Behandlungsschritten festzustellen oder zu kontrollieren, sowie das Risiko von Verwechslungen jeglicher Art und deren Folgen auszuschließen. Umgesetzte Maßnahmen im Bereich Patientensicherheit sind zum Beispiel:

1. Einführung eines Patientenarmbandes im stationären Bereich
2. Standardisierung von Spritzenetiketten mit einer eindeutigen Kennzeichnung
3. 4-Augen-Prinzip beim Stellen von Medikamenten
4. Nutzung einer Arzneimittel-Informationen-Software (AiDKlinik), die die verordnete Patientenmedikation automatisch u. a. auf mögliche Interaktionen mit anderen Arzneimitteln, nötige Dosisanpassungen bei Niereninsuffizienz und Doppelverordnungen prüft.
5. Etablierung einer Hygienekonzeption und deren konsequente Schulung

6. Bei jedem aufgenommenen Patienten Screening nach multiresistenten Erregern (MRE) mit dem Ziel, die mit MRE besiedelte Patienten frühestmöglich zu identifizieren. Bei Bedarf können somit über die Basishygiene hinausgehende Hygiene- und ggf. Dekolonisationsmaßnahmen eingeleitet werden, um einer Keimverbreitung entgegenzuwirken.

## Zertifizierungen

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

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



pCC-zertifiziert nach  
DIN EN ISO 9001 : 2015



Das RAL Gütesiegel steht für „Kompetenz richtig Essen“

## Meinungsmanagement

Wir nutzen den aktiven Umgang mit Meinungen aller Interessengruppen als Chance zur Qualitätsverbesserung. Grundsätzlich sind alle Mitarbeiter Ansprechpartner, um Lob, Anregungen und Beschwerden aufzunehmen – persönlich, telefonisch, schriftlich oder per E-Mail. Jede Meinung, ganz gleich ob Lob, Anregung oder Beschwerde, wird vom Meinungsmanagement bearbeitet und an die zuständigen Abteilungen weitergeleitet.

Die gewonnenen Meinungen zu unseren 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. Ziel des Ideenmanagements ist es daher, eine für alle Mitarbeiter verständliche, attraktive und motivierende Grundlage für die Generierung von Ideen zu schaffen. Resultat soll die Einreichung von vielen guten und auch innovativen Ideen sein. Grundsätzlich sollen durch die eingereichten Ideen verschiedene Ergebnisse, Bereiche und Prozesse verbessert werden.

Anhand unserer Ideenbörse können Mitarbeitende als Experten der Praxis Verbesserungsvorschläge und Ideen einreichen. Aus diesen Anregungen lassen sich konkrete Maßnahmen ableiten und umsetzen. Innovative Ideen werden innerhalb von Projekten zur Umsetzung geführt.

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

### **Befragung**

Da die Erwartungen und Bedürfnisse unserer Patienten und ihrer Angehörigen, unserer Mitarbeiter, aber auch unserer Kooperationspartner und einweisenden Ärzte im Mittelpunkt unserer täglichen Arbeit stehen, führen wir regelmäßige Befragungen zur Erhebung der Zufriedenheit mit den Leistungsangeboten und den Abläufen durch.

In 2018 haben wir unsere Mitarbeiter zu Themenbereichen wie Leitbild, Kommunikation, Arbeitgeber und Führung befragt, um Bestehendes kritisch zu hinterfragen und u.a. Reflektionsprozesse anzustoßen.

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

Im kollegialen Austausch mit einweisenden Ärzten und bei regionalen Qualitätszirkeln erhalten wir Rückmeldungen der Ärzte zur Zufriedenheit bezüglich unserer Aufnahme- und Entlassungsmodalitäten sowie den Informationen zum Behandlungsprozess. Außerdem finden im Rahmen von regionalen Qualitätszirkeln enge persönliche kollegiale Austausche statt.

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

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

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

## Projektorganisation

Strukturierte Projektarbeit zählt als wichtiger Baustein zum Qualitätsmanagement. Das Projektmanagement unserer Einrichtung unterstützt die Bearbeitung komplexer Projekte, die verschiedenen Verantwortungsbereiche sowie bereichs- und berufsgruppenübergreifende Themen. Dabei durchläuft sie verschiedene Projektschritte. In

Zusammenarbeit aller Beteiligten erfolgen die Erarbeitung von Lösungen, die Umsetzung sowie die Überprüfung des Projekterfolges.

Auch Erfahrungen aus den Projekten und die Frage: „Was könnte beim nächsten Mal besser laufen?“ helfen dabei, uns stetig weiterzuentwickeln und zu verbessern. In unserer Einrichtung wurden bereits viele Projekte erfolgreich abgeschlossen. Hier ein Beispiel:

## Digitale Patientenakte

Wir haben 2018 die digitale Patientenakte eingeführt. Sie bietet Vorteile für Mitarbeitende und Patienten, schafft neue Zeiträume und erhöht die Patientensicherheit sowie die Versorgungs- und Behandlungsqualität. Bis dahin wurden die Informationen auf Papier dokumentiert und in der Papierakte abgelegt. Seit Einführung der digitalen Akte liegen alle relevanten Patientendaten in digitaler Form vor. Diese können zu jedem Zeitpunkt von allen an der Behandlung Beteiligten gleichzeitig eingesehen werden. Der digitale Transfer bietet außerdem gute Möglichkeiten sich stärker mit externen Behandlungspartnern zu vernetzen, die unsere Patienten versorgen.