



AGAPLESION
BETHANIEN KRANKENHAUS
HEIDELBERG

QUALITÄTSBERICHT 2010

Strukturierter Qualitätsbericht
gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V
für das Berichtsjahr 2010

erstellt am 30.06.2011





Inhaltsverzeichnis

	Einleitung	3
A	Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses	8
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	8
A-2	Institutionskennzeichen des Krankenhauses.....	8
A-3	Standort(nummer).....	8
A-4	Name und Art des Krankenhausträgers	8
A-5	Akademisches Lehrkrankenhaus.....	8
A-6	Organisationsstruktur des Krankenhauses	9
A-7	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	9
A-8	Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses	9
A-9	Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	9
A-10	Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses.....	9
A-11	Forschung und Lehre des Krankenhauses.....	10
A-12	Anzahl der Betten im Krankenhaus nach §108/109 SGB V.....	10
A-13	Fallzahlen des Krankenhauses.....	11
A-14	Personal des Krankenhauses.....	11
A-15	Apparative Ausstattung.....	12
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen .	14
B-1	Geriatric	14
C	Qualitätssicherung	24
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach §137 Abs.1 Satz 3 Nr.1 SGB V (QS-Verfahren)	24
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß §112 SGB V	31
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	31
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	32
C-5	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V	32
C-6	Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V („Strukturqualitätsvereinbarung“)	32
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V .	32
D	Qualitätsmanagement	33
D-1	Qualitätspolitik	33
D-2	Qualitätsziele	34
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	35
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	37
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte	40
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	42

Einleitung

Vorwort des Vorstandes der AGAPLESION gAG

Die AGAPLESION gemeinnützige Aktiengesellschaft wurde am 26. Juni 2002 gegründet. Sie bildet gemeinsam mit beteiligten Unternehmen einen christlichen Gesundheitskonzern mit mehr als 80 Unternehmen, darunter 22 Krankenhäuser und 32 Wohn- und Pflegeeinrichtungen. Das Ziel der AGAPLESION gAG ist der Erhalt und die Stärkung von diakonischen und sozialen Einrichtungen in einer zunehmend angespannten Wirtschafts- und Wettbewerbssituation. Mit der Integration in die AGAPLESION gAG übernehmen die örtlichen Gesellschafter eine Mitverantwortung für den Gesundheitskonzern, bei gleichzeitigem Erhalt der Identität und Selbstständigkeit der einzelnen Einrichtungen.

AGAPLESION stellt ihren Einrichtungen Managementleistungen und zentrale Dienstleistungen, wie z. B. Personalverwaltung, Unternehmenskommunikation, Qualitätsmanagement (QM), Budgetmanagement, Zentraleinkauf und Informationstechnologie etc. zur Verfügung. Dadurch werden Synergieeffekte erzielt und die Wirtschaftlichkeit der Einrichtungen des Gesundheitskonzerns gesichert.

Die AGAPLESION Akademie in Heidelberg hält für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie externe Interessierte ein breites Angebot an Aus-, Fort- und Weiterbildungen für medizinische, pflegerische und therapeutische Berufe sowie in Managementthemen vor. Zur wirksamen Ausübung der Aufgaben und zur Weiterentwicklung der persönlichen und fachlichen Kompetenz unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurde ein auf die einzelnen Aufgabengebiete abgestimmtes Personalentwicklungskonzept entwickelt. Die standortübergreifenden Fort- und Weiterbildungen stärken die interdisziplinäre Zusammenarbeit und fördern die Vernetzung der Einrichtungen.

Das nach DIN EN ISO 9001 aufgebaute, AGAPLESION weit eingeführte QM-System ermöglicht die kontinuierliche Verbesserung der Prozesse und die Erreichung einer guten Ergebnisqualität. Ausgehend vom Leitbild der AGAPLESION wurden für alle Einrichtungen verbindliche Führungs- und Verhaltensgrundsätze verabschiedet sowie Qualitätsziele formuliert. Die Instrumente und Methoden des QM fördern die Kommunikation, helfen bei der Lösung komplexer Aufgaben und Probleme, tragen zur Kundenzufriedenheit (z. B. Patienten, Bewohner, Angehörige, Einweiser, Lieferanten) bei und stärken die gemeinsame Wertgrundlage. QM ist Führungsaufgabe und gleichzeitig gelebtes Instrument in der täglichen Arbeit.

Die Wirksamkeit des QM-Systems und die Umsetzung der Qualitätsanforderungen werden kontinuierlich intern und extern durch Audits überprüft und Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet. Im Rahmen der verpflichtenden, sektorenübergreifenden Qualitätssicherung wird unter Leitung des Referates Medizincontrolling konzernweit die Behandlungsqualität verglichen und in fachbezogenen Qualitätszirkeln diskutiert. AGAPLESION bietet den verantwortlichen Qualitätsmanagementbeauftragten der Einrichtungen durch die Organisationsstrukturen konkrete Unterstützung bei der Einführung und Weiterentwicklung der QM-Systeme und beim Zertifizierungsprozess.

Weitere Informationen unter www.agaplesion.de.

Frankfurt am Main, den 30.06.2011



Bernd Weber
Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG



Gerhard Hallenberger
Vorstand
AGAPLESION gAG

Einleitung des Krankenhauses

AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG

- Geriatrische Akutklinik
- Klinik für geriatrische Rehabilitation
- Geriatriisches Zentrum am Klinikum der Universität Heidelberg
- Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Heidelberg
- Abteilung für angewandte Forschung in der klinischen Geriatrie



Das AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG ist ein auf die Behandlung älterer Menschen spezialisiertes Fachkrankenhaus für Innere Medizin/Geriatrie. Als eines von sieben Geriatriischen Zentren im Land Baden-Württemberg nimmt es überregional den Versorgungsauftrag für geriatrische Patienten wahr, ist in der klinischen Forschung und Lehre aktiv und bündelt medizinisches Expertenwissen in Zusammenarbeit mit der Universität Heidelberg.

Abb. 1: Hier sehen Sie das AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG.

Das AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG ist ein Unternehmen im diakonischen Einrichtungsverbund AGAPLESION gemeinnützige AG. Philosophie, Strukturen und Leistungen der AGAPLESION gemeinnützige AG finden sich unter www.agaplesion.de. Träger der Einrichtung ist das Diakoniewerk Bethanien e.V. und die AGAPLESION gemeinnützige Aktiengesellschaft mit Sitz in Frankfurt.

Am BETHANIEN KRANKENHAUS befindet sich die AGAPLESION AKADEMIE HEIDELBERG als überregionale Fortbildungseinrichtung.

Unsere Bereiche umfassen:

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

In Kooperation mit niedergelassenen Ärzten bieten wir modernste Untersuchungsverfahren an. Unsere Kooperationspartner im Gesundheitszentrum Bethanien sind:



Praxis Dr. Betzer, Amb. OP-Zentrum,
Praxis Dr. Hittel, Hals-Nasen-Ohren, Plastische Operationen
Praxis Dr. Kusnierczak, Orthopädie,
Praxis Dr. Louis, Gefäßchirurgie,
Praxis Dr. Männer, Endoskopie,
Praxis Dr. I. Schwarz, Kinderzahnheilkunde,
Praxis Dr. W. Schwarz, Mund- Kiefer- und Gesichtschirurgie
Praxis Dres. Siefert, Psychiatrie und Neurologie,
Praxis für Physiotherapie im BETHANIEN KRANKENHAUS

Abb.2: Hier sehen Sie das Gesundheitszentrum Bethanien.

Die Aufgaben des AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUSES HEIDELBERG sind im Leitbild des Hauses wie folgt beschrieben: "Wir unterstützen die Patienten in ihrer Selbständigkeit und sichern ihnen ein hohes Maß an Lebensqualität. Auf der Grundlage unseres diakonischen Auftrages berücksichtigen und fördern wir die Entwicklungsmöglichkeiten älterer Menschen und geben ihnen die Möglichkeit, sich aktiv einen neuen Lebensabschnitt zu gestalten." Die Patienten stehen hierbei im Mittelpunkt. Sie sollen sich in unserem Haus gut aufgehoben fühlen.

In unserem Krankenhaus arbeiten hochqualifizierte Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten, Sozialarbeiter und Seelsorger im interdisziplinären Team eng zusammen. Hierbei werden sie von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen unterstützt. Ziel des interdisziplinären Teams ist es, eine qualitativ hochwertige Behandlung und umfassende Versorgung anzubieten

Das Einbeziehen und Anleiten von Angehörigen und anderen, dem Patienten nahe stehenden Personen, ist ein Arbeitsschwerpunkt des Teams in der geriatrischen Versorgung.

Dem diakonischen Auftrag verpflichtet, bieten wir durch qualifiziertes Personal neben dem medizinischen und therapeutischen Leistungsspektrum ein breites Angebot an sozialer, ethischer und psychologischer Beratung sowie seelsorgerische Begleitung. Die fachliche Kompetenz unserer Mitarbeiter, persönliche Zuwendung sowie Teamarbeit sind Grundlagen für die hohe Qualität unserer Arbeit.

Medizinische Betreuung

Die ärztliche Behandlung ist durch erfahrene Internisten/Geriater (Altersmediziner) auf hohem Niveau gewährleistet.

Die diagnostischen Angebote umfassen:



Geriatrisches Assessment, Labor, Röntgen, Ruhe- und Langzeit-EKG, 24-Stunden Blutdruckmessung, Sonographie, Dopplersonographie, Echokardiographie, Endoskopie, Konsiliarärztliche Untersuchungen (Chirurg, Psychiater, Neurologe, Augenarzt, Hautärztin, Zahnarzt, Gynäkologe, Urologe, HNO-Arzt).

Abb.3: Der Chefarzt kontrolliert das Schluckendoskop.

Aktivierende Pflege

Kranken- und Altenpflegekräfte unterstützen den Patienten bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (z. B. Körperpflege, Essen und Trinken). Im Vordergrund steht hierbei eine individuelle Pflege, die die vorhandenen Fähigkeiten des Patienten gezielt fordert und fördert. Im Sinne eines ganzheitlichen Pflegekonzeptes erfahren sowohl Patienten als auch betreuende Angehörige eine kompetente Anleitung und Beratung in Pflegefachfragen.

Kontinenzberatung

Die Abklärung und Behandlung sowie Hilfsmittelberatung bei Blasen- und Darmschwäche gehört zu den besonderen Angeboten. Hierfür ist eine Pflegeexpertin für Kontinenzförderung vor Ort.

Das therapeutische Spektrum beinhaltet u.a.: Musiktherapie, Kunst- und Werktherapie, Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, Diabetikerschulung, Ernährungsberatung, PEG-Sondenanlage, Schmerztherapie (Akupunktur, TENS, Neuraltherapie), Beinprothesenversorgung und -schulung, Krafttraining, Lymphdrainage, sowie Übergangsbetreuung.

Physiotherapie

Nach sorgfältiger Befundaufnahme wenden wir auf den Patienten angepasste Behandlungstechniken an, um größtmögliche Selbständigkeit im Alltag zu erreichen. Patienten nach Amputationen werden von einem qualifizierten Team in der Prothesengeschule behandelt.

Unterstützend werden physikalische Maßnahmen eingesetzt. Anwendungen im Bewegungsbad und Gruppentherapien runden das Angebot ab.

Ergotherapie

Ziel der ergotherapeutischen Behandlung ist es, die Handlungsfähigkeit akut und/oder chronisch kranker alter Menschen in allen Lebensbereichen zu erhalten, zu verbessern oder wiederherzustellen. Größtmögliche Selbständigkeit von Hilfen und Hilfspersonen im Alltag soll erreicht werden. Als Behandlungsmaßnahmen werden vorrangig die motorisch-funktionelle, die sensomotorisch-perzeptive, die psychisch-funktionelle Behandlung sowie Hirnleistungstraining durchgeführt.

Logopädie

Die logopädische Abteilung behandelt Patienten mit Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen sowie Gesichtslähmungen. Logopäden wirken bei Entscheidungen über die Art der Ernährung unserer Patienten mit. Durch differenzierte Diagnostik (z.B. videoendoskopische Schluckdiagnostik) sollen Komplikationen wie Lungenentzündungen vermieden werden. Therapieziele sind die Verbesserung der Kommunikations- und Schluckfähigkeit. Diese stellen einen wesentlichen Beitrag zu Förderung der Lebensqualität dar.

Weitere spezialisierte Betreuungsangebote werden durch die Schlaganfallstation und das Überwachungszimmer gewährleistet. Ein geschützter Bereich für verhaltensauffällige und verwirrte Patienten (GISAD) sowie eine Palliativstation sind fest etabliert. Der Verein für Rehabilitationssport im BETHANIEN KRANKENHAUS (REGE Verein) bietet speziell für ältere Menschen Rehabilitationssport an. Schwerpunkte liegen auf dem Training der funktionellen Leistungen, wie Aufstehen und Hinsetzen, Gehen und Treppen steigen, um das Risiko von Stürzen zu verringern.

Seelsorge

Die Seelsorge geschieht in ökumenischer Zusammenarbeit der Evangelischen, der Evangelisch Methodistischen und der Römisch-Katholischen Kirche. Patienten und Angehörige finden Beistand in der durch Krankheit und Alter veränderten Lebenssituation z.B: in Gesprächen und in Abendmahls-/ Kommunionen. Die Seelsorge ist auch für die Mitarbeiter des Hauses ein wichtiger Ansprechpartner. Jeden Samstag wird um 18.30 Uhr Gottesdienst in der Klinikkapelle gefeiert. Für verstorbene Patienten findet ein Gedenkgottesdienst statt.



Abb.4: Die Seelsorgerin in unserer Klinikkapelle.

Sozialdienst

Der Patient, seine Angehörigen und Kontaktpersonen werden durch den Sozialdienst über ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote beraten. Bei der Entlassungsplanung wird gemeinsam mit den Betroffenen die Lebenssituation nach der stationären Behandlung vorbereitet und organisiert. Der Sozialdienst klärt sozialrechtliche Fragen und unterstützt bei der Antragstellung. Beratung und Begleitung erfahren Patienten und Angehörige auch beim Betreuungsverfahren und bei der Einrichtung von Vorsorgevollmachten.

Psychologie

Diagnostik und Behandlung krankheitsbedingter geistiger Leistungseinbußen ist Aufgabe der klinischen Psychologie. Das kognitive Training erfolgt in computergestützter Einzeltherapie, ein Gedächtnistraining findet regelmäßig in Gruppen statt. Zur Unterstützung der Krankheitsverarbeitung werden psychotherapeutische Gespräche angeboten.

Weitere Informationen sind im Internet unter www.bethanien-heidelberg.de sowie in unseren Patientenbroschüren zu finden.

Die Geschäftsführung, vertreten durch Dipl.-Betriebswirt Rüdiger Woll und Prof. Dr. Thorsten Nikolaus, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.



Abb.5: Dipl.-Betriebswirt Rüdiger Woll



Abb.6: Prof. Dr. Thorsten Nikolaus



A Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhausname: AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG

Hausanschrift: Rohrbacher Str. 149
69126 Heidelberg

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

URL: www.bethanien-heidelberg.de
E-Mail: info@bethanien-heidelberg.de

A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

Institutionskennzeichen: 260822231

A-3 Standort(nummer)

Standort: 00

A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

Name: AGAPLESION gAG
Art: freigemeinnützig

A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

Lehrkrankenhaus: Ja
Universität: Universität Heidelberg



Abb.7: Das Foto zeigt den Brunnen in der Gartenanlage des Krankenhauses.

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses

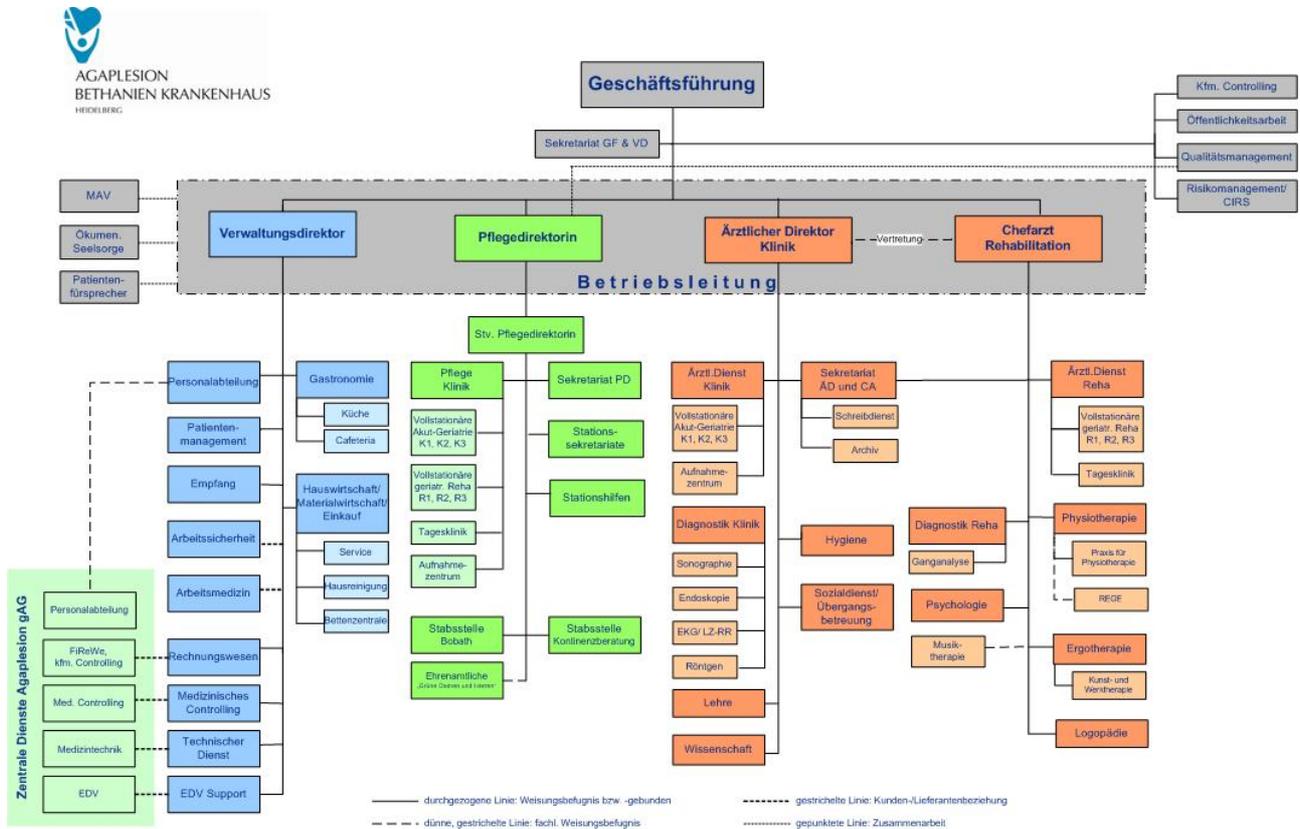


Abb.8: Dies ist das Organigramm des AGAPLESION BETHANIE KRAKENHAUS HEIDELBERG (Stand: 08/2010).

A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

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

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

Das AGAPLESION BETHANIE KRAKENHAUS HEIDELBERG verfügt als Geriatriisches Zentrum ausschließlich über eine Fachabteilung. Die Versorgungsschwerpunkte sind in Kapitel B-1.2 dargestellt.

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Unsere medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote finden Sie unter B-1.3.

A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

Die nicht-medizinischen Serviceangebote des Krankenhauses sind unter B-1.4 dargestellt.

A-13 Fallzahlen des Krankenhauses

Vollstationäre Fallzahl: 2096
Teilstationäre Fallzahl: 64

Ambulante Fallzahl:
- Fallzählweise: 0

A-14 Personal des Krankenhauses

A-14.1 Ärzte und Ärztinnen

Die Angaben zum ärztlichen Personal des Krankenhauses sind auch unter B-1.11 dargestellt.

	Anzahl	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	20,6	
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	8,0	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0,0	
Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	1,0	wissenschaftlich tätige Ärzte

A-14.2 Pflegepersonal

Die Angaben zum Pflegepersonal des Krankenhauses sind nochmals unter B-1.11 dargestellt.

	Anzahl	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	29,9	3 Jahre
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	28,6	3 Jahre
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	5,0	1 Jahr
Arzthelferin	1,0	3 Jahre
Pflegehelfer	2,7	0 Jahre
Stationshilfen	2,2	0 Jahre
Auszubildende zum/r Altenpfleger/in	4,0	3 Jahre
Stationssekretärinnen	1,5	0 Jahre

A-14.3 Spezielles therapeutisches Personal

Die Angaben zum therapeutischen Personal sind auch unter B-1.11 dargestellt.

Abschluss	Anzahl
Bobath-Therapeut und Bobath-Therapeutin für Erwachsene und/oder Kinder (SP32)	1,0
Diätassistent und Diätassistentin (SP04)	3,0
Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin (SP05)	3,2
Kunsttherapeut und Kunsttherapeutin/Maltherapeut und Maltherapeutin/Gestaltungstherapeut und Gestaltungstherapeutin/Bibliotherapeut und Bibliotherapeutin (SP13)	0,7
Logopäde und Logopädin/Sprachheilpädagogin und Sprachheilpädagoge und Sprachheilpädagoge/Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin (SP14)	1,8
Medizinisch-technischer Assistent und Medizinisch-technische Assistentin/Funktionspersonal (SP43)	1,7
Physiotherapeut und Physiotherapeutin (SP21)	5,0
Psychologin und Psychologe (SP23)	1,0
Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin (SP25)	2,2
Wundmanager und Wundmanagerin/Wundberater und Wundberaterin/Wundexperte und Wundexpertin/Wundbeauftragter und Wundbeauftragte (SP28)	5,0

A-15 Apparative Ausstattung

- **Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät (AA27) (keine 24h-Notfallverfügbarkeit)**
Röntgenanlage
- **Gastroenterologisches Endoskop (AA12) (keine 24h-Notfallverfügbarkeit)**
Gerät zur Magen-Darm-Spiegelung
- **Schluckendoskopie (AA00)**
FEES
- **Defibrillator (AA40)**
Gerät zur Behandlung von lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen
mehrere Geräte vorhanden
- **Echokardiographiegerät (AA65)**
mobiles und stationäres Gerät
- **Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/Duplexsonographiegerät (AA29) (24h-Notfallverfügbarkeit)**
Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/farbkodierter Ultraschall
- **Ultraschall-/ Elektrotherapie (AA00)**
- **Spirometrie/Lungenfunktionsprüfung (AA31)**
- **24h-Blutdruck-Messung (AA58)**
- **24h-EKG-Messung (AA59)**

- **Mobile Restharnmessung (AA00)**
- **Laboranalyseautomaten für Hämatologie, klinische Chemie, Gerinnung und Mikrobiologie (AA52) (24h-Notfallverfügbarkeit)**
Laborgeräte zur Messung von Blutwerten bei Blutkrankheiten, Stoffwechselleiden, Gerinnungsleiden und Infektionen; In unserem Haus stehen außerdem diverse Blutzuckermessgeräte sowie ein Blutgasanalysegerät zur Verfügung.
- **Bewegungsanalysesystem (AA04)**
Ganganalyse
- **Bewegungstrainer (aktiv/passiv) (AA00)**
- **Laufband (AA00)**
- **Medizinische Trainingstherapie (AA00)**
- **Physiomat (AA00)**
- **Via mobilis (AA00)**
Gehtrainer



Abb.9: Ein Patient wird bei einer Trainingseinheit vom Fachpersonal unterstützt.



B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-1 Geriatrie

B-1.1 Allgemeine Angaben der Geriatrie

Fachabteilung:	Geriatrie
Art:	Hauptabteilung
Chefarzt:	Prof. Dr. Peter Oster
Ansprechpartner:	Frau Kühling
Hausanschrift:	Rohrbacher Str. 149 69126 Heidelberg
Telefon:	06221 319-0
Fax:	06221 319-1605
URL:	www.bethanien-heidelberg.de
E-Mail:	info@bethanien-heidelberg.de

B-1.2 Versorgungsschwerpunkte der Geriatrie

- **Geriatrisches Zentrum (Altersmedizin) (VI00)**
Als Geriatrisches Zentrum sind wir spezialisiert auf die Behandlung älterer Patienten. Unser medizinisches Angebot umfasst eine Klinik für Akutgeriatrie, eine Klinik für Geriatrische Rehabilitation, eine Tagesklinik, eine Forschungsabteilung sowie ambulante Therapieangebote – alles unter einem Dach.
Im Mittelpunkt unserer Arbeit steht der ältere Mensch. Individuell abgestimmte Behandlungspläne, eine ganzheitliche Behandlung sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Berufsgruppen bilden die wesentliche Grundlage unseres Behandlungserfolges.
- **Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) (VI07)**
- **Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes (VI02)**
- **Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (VI04)**
- **Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen (VI25)**
- **Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten (VI06)**
- **Palliativmedizin (VI38)**
- **Schlaganfallversorgung (VI00)**
- **Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen (VI24)**
- **Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP10)**
- **Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen (VI31)**

- **Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit (VI03)**
- **Endoskopie (VI35)**
- **Geriatrische Tagesklinik (VI44)**
- **Konventionelle Röntgenaufnahmen (VR01)**
- **Physikalische Therapie (VI39)**

B-1.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Geriatrie

- **Aromapflege/-therapie (MP53)**
- **Atemgymnastik/-therapie (MP04)**
- **Basale Stimulation (MP06)**
- **Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden (MP09)**
- **Bewegungsbad/Wassergymnastik (MP10)**
- **Bewegungstherapie (MP11)**
- **Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) (MP12)**
- **Diät- und Ernährungsberatung (MP14)**
- **Entlassungsmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege (MP15)**
- **Ergotherapie/Arbeitstherapie (MP16)**
- **Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege (MP17)**
- **Fußreflexzonenmassage (MP18)**
- **Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/ Konzentrationstraining (MP59)**
- **Kinästhetik (MP21)**
- **Kontinenztraining/Inkontinenzberatung (MP22)**
- **Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie (MP23)**
- **Manuelle Lymphdrainage (MP24)**
- **Massage (MP25)**
- **Medizinische Fußpflege (MP26)**
- **Musiktherapie (MP27)**

- **Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie (MP29)**
- **Physikalische Therapie/Bädertherapie (MP31)**
- **Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie (MP32)**
- **Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF) (MP60)**
- **Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst (MP34)**
- **Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik (MP35)**
- **Schmerztherapie/-management (MP37)**
- **Sozialdienst (MP63)**
- **Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit (MP64)**
- **Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen (MP39)**
- **Spezielle Entspannungstherapie (MP40)**
- **Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen (MP13)**
- **Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen (MP66)**
- **Spezielles pflegerisches Leistungsangebot (MP42)**
- **Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie (MP44)**
- **Stomatherapie/-beratung (MP45)**
- **Traditionelle Chinesische Medizin (MP46)**
- **Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik (MP47)**
- **Vojtatherapie für Erwachsene und/oder Kinder (MP67)**
- **Wärme- und Kälteanwendungen (MP48)**
- **Wundmanagement (MP51)**
- **Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege (MP68)**
- **Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen (MP52)**



Abb. 10. Patienten bei der Physiotherapie

B-1.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Geriatrie

- **Abschiedsraum (SA43)**
- **Aufenthaltsräume (SA01)**
- **Balkon/Terrasse (SA12)**
- **Barrierefreie Behandlungsräume (SA59)**
- **Beschwerdemanagement (SA55)**
- **Besuchsdienst/„Grüne Damen“ (SA39)**
- **Betten und Matratzen in Übergröße (SA61)**
in der Länge
- **Cafeteria (SA23)**
Die Cafeteria steht den Mitarbeitern, Patienten und deren Angehörigen täglich von 7:30 bis 18:00 Uhr und am Wochenende oder Feiertagen von 12:00 -17:00 Uhr zur Verfügung.
- **Diät-/Ernährungsangebot (SA44)**
- **Dolmetscherdienste (SA41)**
- **Ein-Bett-Zimmer (SA02)**
- **Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (SA03)**
- **Elektrisch verstellbare Betten (SA13)**
- **Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen (SA40)**
- **Faxempfang für Patienten und Patientinnen (SA24)**
- **Fernsehgerät am Bett/im Zimmer (SA14)**
für Wahlleistungspatienten
- **Fernsehraum (SA04)**
- **Fitnessraum (SA25)**
- **Frisiersalon (SA26)**
- **Getränkeautomat (SA46)**
- **Kiosk/Einkaufsmöglichkeiten (SA28)**
- **Kirchlich-religiöse Einrichtungen (SA29)**
- **Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen (SA30)**



- **Kostenlose Getränkebereitstellung (SA21)**
Wasser und Tee
- **Kulturelle Angebote (SA31)**
- **Maniküre/Pediküre (SA32)**
- **Nachmittagstee/-kaffee (SA47)**
- **Orientierungshilfen (SA51)**
- **Parkanlage (SA33)**
- **Patientenfürsprache (SA56)**
- **Postdienst (SA52)**
- **Rauchfreies Krankenhaus (SA34)**
- **Rollstuhlgerechte Nasszellen (SA06)**
- **Schwimmbad/Bewegungsbad (SA36)**
- **Seelsorge (SA42)**
- **Tageszeitungsangebot (SA54)**
- **Telefon (SA18)**
- **Unterbringung Begleitperson (SA09)**
- **Wohnberatung (SA58)**
- **Zwei-Bett-Zimmer (SA10)**
- **Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (SA11)**

B-1.5 Fallzahlen der Geriatrie

Vollstationäre Fallzahl: 2096
Teilstationäre Fallzahl: 64

B-1.6 Diagnosen nach ICD der Geriatrie

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD der Geriatrie

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I63	215	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt
2	J69	146	Lungenentzündung durch Einatmen fester oder flüssiger Substanzen, z.B. Nahrung oder Blut
3	I21	104	Akuter Herzinfarkt
4	F05	94	Verwirrheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt
5	I50	93	Herzschwäche
6	J18	80	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
7	S72	53	Knochenbruch des Oberschenkels
8	E86	41	Flüssigkeitsmangel
9	E87	41	Sonstige Störung des Wasser- und Salzhaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts
10	N17	36	Akutes Nierenversagen
11	N39	36	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
12	G30	34	Alzheimer-Krankheit
13	J44	29	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD
14	S32	27	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens
15	R29	25	Sonstige Beschwerden, die das Nervensystem bzw. das Muskel-Skelett-System betreffen

B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen der Geriatrie

Keine Angaben

B-1.7 Prozeduren nach OPS der Geriatrie

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS der Geriatrie

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-770	908	Fachübergreifende Vorsorge und Basisuntersuchung von alten Menschen
2	8-550	512	Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) erkrankter älterer Menschen
3	8-930	299	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
4	8-982	278	Fachübergreifende Sterbebegleitung
5	3-200	175	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
6	1-771	154	Einheitliche Basisuntersuchung von alten Menschen
7	8-800	128	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
8	1-632	56	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
9	5-431	46	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung
10	3-222	41	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel
11	1-440	30	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung
12	3-225	23	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel
13	1-650	21	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie
14	9-200	21	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
15	3-220	20	Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel

B-1.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren der Geriatrie

Keine Angaben.

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten der Geriatrie

Das AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG führt keine ambulanten Behandlungen durch.

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V der Geriatrie

Im AGAPLESON BETHANIEN KRANKENHAUS finden keine ambulanten Operationen statt.

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

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein
Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärzte und Ärztinnen der Geriatrie

	Anzahl
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	20,6
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	8,0
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0,0

Fachexpertise der Abteilung

- **Innere Medizin (AQ23)**
Weiterbildungsbefugnis
- **Geriatric (ZF09)**
Weiterbildungsbefugnis
- **Palliativmedizin (ZF30)**
Weiterbildungsbefugnis
- **Physikalische Therapie und Balneologie (ZF32)**
- **Rehabilitationswesen (ZF37)**
Weiterbildungsbefugnis
- **Allgemeinmedizin (AQ63)**
Weiterbildungsbefugnis
- **Innere Medizin und Allgemeinmedizin (AQ67)**
Weiterbildungsbefugnis
- **Innere Medizin und SP Endokrinologie und Diabetologie (AQ25)**
- **Psychiatrie und Psychotherapie (AQ51)**

B-1.11.2 Pflegepersonal der Geriatrie

	Anzahl	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	29,9	3 Jahre
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	28,6	3 Jahre
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	5,0	1 Jahr
Arzthelferin	1,0	3 Jahre
Pflegehelfer	2,7	0 Jahre
Stationshilfen	2,2	0 Jahre
Auszubildende zum/r Altenpfleger/in	4,0	3 Jahre
Stationssekretärinnen	1,5	0 Jahre

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

- **Diplom (PQ02)**
- **Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten (PQ05)**
- **Onkologische Pflege/Palliative Care (PQ07)**
- **Basale Stimulation (ZP01)**
- **Bobath (ZP02)**
- **Diabetes (ZP03)**
- **Endoskopie/Funktionsdiagnostik (ZP04)**
- **Ernährungsmanagement (ZP06)**
- **Geriatric (ZP07)**
- **Kinästhetik (ZP08)**
- **Kontinenzberatung (ZP09)**
- **Mentor und Mentorin (ZP10)**
- **Praxisanleitung (ZP12)**
- **Qualitätsmanagement (ZP13)**
- **Schmerzmanagement (ZP14)**
- **Stomapflege (ZP15)**
- **Wundmanagement (ZP16)**
- **Aromatherapie (ZP00)**



Abb.11: Eine Pflegefachkraft beim Tablettenrichten.

B-1.11.3 Spezielles therapeutisches Personal der Geriatrie

	Anzahl
Logopäde und Logopädin/Sprachheilpädagoge und Sprachheilpädagogin/Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin (SP14)	1,8
Diätassistent und Diätassistentin (SP04)	3,0
Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin (SP05)	3,2
Kunsttherapeut und Kunsttherapeutin/Maltherapeut und Maltherapeutin/Gestaltungstherapeut und Gestaltungstherapeutin/Bibliotherapeut und Bibliotherapeutin (SP13)	0,7
Physiotherapeut und Physiotherapeutin (SP21)	5,0
Psychologe und Psychologin (SP23)	1,0
Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin (SP25)	2,2
Wundmanager und Wundmanagerin/Wundberater und Wundberaterin/Wundexperte und Wundexpertin/Wundbeauftragter und Wundbeauftragte (SP28)	5,0
Medizinisch-technischer Assistent und Medizinisch-technische Assistentin/Funktionspersonal (SP43)	1,7
Bobath Instruktor (SP00)	1,0



Abb.12: Die Therapiepläne der Patienten werden interdisziplinär abgestimmt.



C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach §137 Abs.1 Satz 3 Nr.1 SGB V (QS-Verfahren)

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

C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate

C-1.1.[1] Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate für das Krankenhaus

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Ambulant erworbene Pneumonie	123	99,2	
Pflege: Dekubitusprophylaxe	413	100,0	

C-1.2 Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem QS-Verfahren

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

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

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

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Patienten mit Dekubitus Grad 2 bis 4 bei Entlassung
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	2
Empirisch-statistische Bewertung	mäßig
Zähler / Nenner	<=5
Ergebnis (Einheit)	0,5%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,1 - 2,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	9
Kommentar Geschäftsstelle	Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen. Die in dieser Kennzahl betroffenen Patienten wurden im Rahmen der Berechnung der Kennzahlen 11732 und 11733

berücksichtigt und die Bewertung kann übertragen werden.

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Patienten mit Dekubitus Grad 1 bis 4 bei Entlassung
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	1
Empirisch-statistische Bewertung	gut
Zähler / Nenner	≤5
Ergebnis (Einheit)	1,1%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,3 - 2,8%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	9
Kommentar Geschäftsstelle	Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen. Die in dieser Kennzahl betroffenen Patienten wurden im Rahmen der Berechnung der Kennzahlen 11741 und 11742 berücksichtigt und die Bewertung kann übertragen werden.

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	2
Empirisch-statistische Bewertung	keine Angabe
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	0,8
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	9
Kommentar Geschäftsstelle	Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen. Das Ergebnis dieser Kennzahl entspricht in anderer Darstellungsweise der Kennzahl 11733. Die Bewertung durch die



zuständige Arbeitsgruppe kann übertragen werden.

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Risikoadjustierte Rate an Dekubitus Grad 2 - 4 bei Entlassung
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	1
Empirisch-statistische Bewertung	gut
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	0,6%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,9%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	2
Empirisch-statistische Bewertung	keine Angabe
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	1,1
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	9
Kommentar Geschäftsstelle	Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen. Das Ergebnis dieser Kennzahl entspricht in anderer Darstellungsweise der Kennzahl 11742. Die Bewertung durch die zuständige Arbeitsgruppe kann übertragen werden.



Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Risikoadjustierte Rate an Dekubitus Grad 1 bis 4 bei Entlassung
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	2
Empirisch-statistische Bewertung	keine Angabe
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	1,1%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,7%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4
Kennzahlbezeichnung	Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4 bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	2
Empirisch-statistische Bewertung	schwach
Zähler / Nenner	0 / 372
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich	0,0 - 1,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4
Kennzahlbezeichnung	Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4 bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme und ohne Risikofaktoren
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	2
Empirisch-statistische Bewertung	schwach
Zähler / Nenner	0 / 315
Ergebnis (Einheit)	0,0%

Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 1,2%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie
Kennzahlbezeichnung	Patienten mit erster Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	1
Empirisch-statistische Bewertung	mäßig
Zähler / Nenner	115 / 122
Ergebnis (Einheit)	94,3%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	88,5 - 97,7%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	9
Kommentar Geschäftsstelle	Rechnerische Abweichung ohne Maßnahme, da sich rechn. Abweichung durch einen Fall ergibt

Leistungsbereich (LB)	Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Antimikrobielle Therapie
Kennzahlbezeichnung	Alle Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	1
Empirisch-statistische Bewertung	gut
Zähler / Nenner	51 / 57
Ergebnis (Einheit)	89,5%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 86,6%
Vertrauensbereich	78,4 - 96,1%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Frühmobilisation
Kennzahlbezeichnung	Patienten der Risikoklasse 2 (1-2 Punkte nach CRB-65-SCORE) mit Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme



Abschließende Bewertung durch Fachkommission	2
Empirisch-statistische Bewertung	gut
Zähler / Nenner	44 / 45
Ergebnis (Einheit)	97,8%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 74,7%
Vertrauensbereich	87,9 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Verlaufskontrolle CRP / PCT
Kennzahlbezeichnung	Verlaufskontrolle CRP / PCT
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	1
Empirisch-statistische Bewertung	mäßig
Zähler / Nenner	61 / 62
Ergebnis (Einheit)	98,4%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 93,4%
Vertrauensbereich	91,1 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien
Kennzahlbezeichnung	Klinische Stabilitätskriterien bei Entlassung vollständig bestimmt
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	1
Empirisch-statistische Bewertung	gut
Zähler / Nenner	20 / 20
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	83,1 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8



Leistungsbereich (LB)	Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Krankenhaus-Letalität
Kennzahlbezeichnung	Verstorbene Patienten der Risikoklasse 1 (0 Punkte nach CRB-65-SCORE)
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	2
Empirisch-statistische Bewertung	schwach
Zähler / Nenner	<=5
Ergebnis (Einheit)	50,0%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,9%
Vertrauensbereich	1,2 - 98,8%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	9
Kommentar Geschäftsstelle	Rechnerische Abweichung ohne Maßnahme, da sich rechn. Abweichung durch einen Fall ergibt.

Leistungsbereich (LB)	Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Krankenhaus-Letalität
Kennzahlbezeichnung	Verstorbene Patienten der Risikoklasse 2 (1-2 Punkte nach CRB-65-SCORE)
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	2
Empirisch-statistische Bewertung	gut
Zähler / Nenner	7 / 59
Ergebnis (Einheit)	11,9%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 18,1%
Vertrauensbereich	4,8 - 23,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Krankenhaus-Letalität
Kennzahlbezeichnung	Verstorbene Patienten der Risikoklasse 3 (3-4 Punkte nach CRB-65-SCORE)
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	2
Empirisch-statistische Bewertung	mäßig
Zähler / Nenner	<=5
Ergebnis (Einheit)	33,3%



Referenzbereich (bundesweit)	<= 45,6%
Vertrauensbereich	0,8 - 90,6%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

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

Legende - Bewertung durch den Strukturierten Dialog

- 0 = Der Strukturierte Dialog ist noch nicht abgeschlossen. Derzeit ist noch keine Einstufung der Ergebnisse möglich.
- 1 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ unauffällig eingestuft.
- 2 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ unauffällig eingestuft. Die Ergebnisse werden im Verlauf besonders kontrolliert.
- 3 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ auffällig eingestuft.
- 4 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als erneut qualitativ auffällig eingestuft.
- 5 = Das Ergebnis wird bei mangelnder Mitwirkung am Strukturierten Dialog als qualitativ auffällig eingestuft.
- 8 = Das Ergebnis ist unauffällig. Es ist kein Strukturiertes Dialog erforderlich.
- 9 = Sonstiges (im Kommentar erläutert)
- 13 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wegen fehlerhafter Dokumentation als qualitativ auffällig eingestuft.
- 14 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wegen fehlerhafter Dokumentation als erneut qualitativ auffällig eingestuft.

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

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Hier nimmt das Krankenhaus an folgender Qualitätssicherungsmaßnahme (Leistungsbereiche) teil:

- **Schlaganfall**
"Akute Schlaganfallbehandlung (BWSCHL)"

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

Das AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG nimmt nicht an Disease-Management-Programmen teil.



C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Das AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG nimmt derzeit an keinen sonstigen externen Qualitätssicherungsverfahren teil.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

In unserer Klinik werden keine Operationen durchgeführt.

C-6 Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V („Strukturqualitätsvereinbarung“)

Dies trifft nicht auf unser Behandlungsspektrum zu.

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V

Nr.		Anzahl
1.	Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen	6,0
2.	Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 3]	2,0
3.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 2]	2,0



D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Leitbild, Verhaltens- und Führungsgrundsätze

Leitbild sowie Verhaltens- und Führungsgrundsätze bilden das Fundament unserer täglichen Arbeit, die wir als "biblisch begründeten Dienst helfender Liebe" verstehen. Das Leitbild von AGAPLESION konkretisiert die Themen Menschenbild, Diakonischer Auftrag, Orientierung, Qualität, Engagement, Führung, Mitarbeiterförderung, Außendarstellung, Verantwortung und Professionalität.

Mittels unserer Vision, den formulierten strategischen Zielen und der daraus abgeleiteten jährlichen Zielplanung wird unser Leitbild in die betriebliche Praxis umgesetzt.

Unsere Philosophie

Unsere Arbeit basiert auf dem christlichen Menschenbild. Wir sehen jeden Menschen als Einheit von Körper, Seele und Geist. Unser diakonisches Handeln gilt in diesem Sinne dem ganzen Menschen.

Das AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUSES HEIDELBERG hat sich zum Ziel gesetzt, älteren Menschen ein möglichst hohes Maß an Selbständigkeit und Lebensqualität zu sichern. Wir unterstützen die älteren Menschen in ihrer Auseinandersetzung mit Krankheit, Behinderung und nahendem Tod. Wir tun dies im Wissen um die Entwicklungsmöglichkeiten im Alter auf dem Hintergrund diakonischen Handelns.

Unsere Arbeit wird bestimmt durch die körperlichen, seelischen, geistigen und sozialen Bedürfnisse der Patienten. Das soziale Umfeld der Patienten wird in unser Handeln einbezogen. Ziele und Handlungskonzepte orientieren sich an geriatrisch-rehabilitativen Grundsätzen.

Qualitätspolitik

Die Vision, Qualitätspolitik und Qualitätsziele der AGAPLESION gAG sind Grundlage zur Ausgestaltung unserer einrichtungsbezogenen Ziele.

In der Qualitätspolitik formulieren wir unser Bestreben, mit den verfügbaren Ressourcen unter humanitären, ethischen, aber auch wirtschaftlichen Gesichtspunkten einen möglichst großen Nutzen und ein hohes Maß an Qualität zu erreichen. Die Qualitätspolitik von AGAPLESION sowie die Strategie- und Zielplanungen des AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUSES HEIDELBERG sind Richtschnur für unser qualitätsbewusstes, kundenorientiertes und verantwortliches Handeln.

Die Qualitätspolitik wird durch Qualitätsziele konkretisiert, welche in Kapitel D 2 genauer erläutert sind.

Das AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG als Geriatrisches Zentrum trägt durch patientenorientierte Forschung und Lehre zur Weiterentwicklung der Geriatrie bei. Flexibilität und Engagement aller Mitarbeiter sowie ein aktives Qualitätsmanagement sind entscheidende Voraussetzungen, um eine bleibend hohe Ergebnisqualität sicher zu stellen.

Unsere Mitarbeiter, die Schlüssel zum Erfolg

Teamförderung und Teamentwicklung sowie die aktive Mitgestaltung von Veränderungsprozessen in den eigenen Arbeitsbereichen prägen die Zusammenarbeit. Das interdisziplinäre Team bewirkt eine Optimierung des Behandlungsprozesses. Die systematische Personalentwicklung orientiert sich an der Gesamtentwicklung des Gesundheitswesens und an der Zielplanung des Unternehmens. Sie soll Lern- und Veränderungsprozesse initiieren und den Bedarf an Aus-, Fort- und Weiterbildung durch zielgruppenspezifische Maßnahmen decken. Führungskräfte werden durch gezieltes Training in ihrer Kompetenz gestärkt.

D-2 Qualitätsziele

Neben unserem Leitbild und der Qualitätspolitik sind auf der Ebene der AGAPLESION gAG Qualitätsziele definiert. Diese sind Grundlage zur Ausgestaltung für die einrichtungsinterne Zielplanung und Steuerung.

Die einrichtungsintern formulierten Qualitätsziele basieren auf folgenden sieben Säulen:

- Christliches Profil
- Einrichtungen stärken und fördern
- Gesellschaftsrechtlich und organisatorisch verbindliche Vernetzung
- Kundenorientierung
- Breites Managementwissen
- Herausragende Position
- Angemessene Rentabilität und langfristiger Unternehmenserhalt

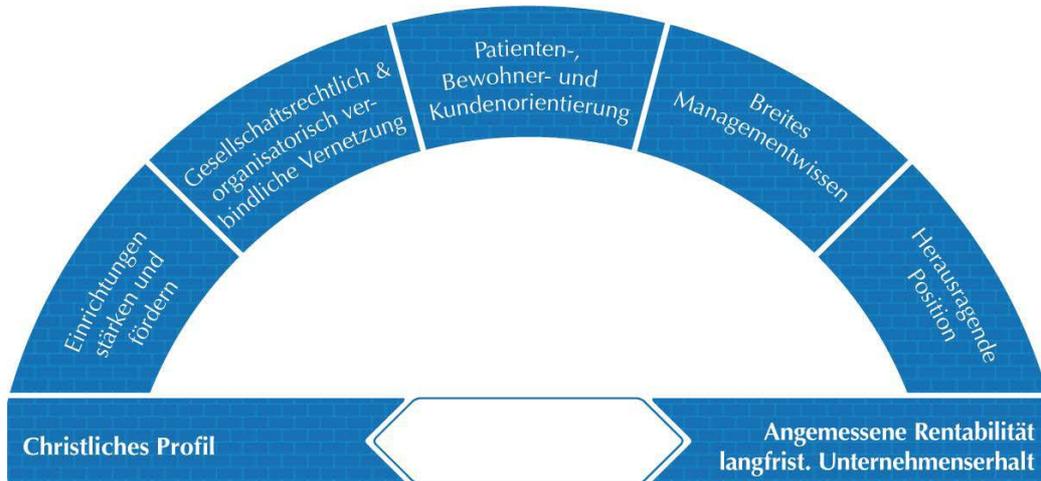


Abb. 13: Die Abbildung zeigt den Spannungsbogen AGAPLESION.

Im Rahmen von Strategieworkshops werden alle zwei Jahre von der Betriebsleitung, den Abteilungsleitungen und dem Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB) konkrete Jahres- und Qualitätsziele, Maßnahmen, Zeitvorgaben, Messgrößen und Verantwortlichkeiten festgelegt. Die Ergebnisse des Workshops bilden somit die Grundlage der Jahreszielplanung.

Die konkreten Ziele, Strategien und Maßnahmen werden im Rahmen von strukturierten Mitarbeitergesprächen durch die Geschäftsführung an die Führungskräfte weitergegeben. Die daraus abgeleiteten abteilungsbezogenen Ziele werden ihrerseits durch die strukturierten Mitarbeitergespräche zwischen Führungskraft und Mitarbeiter konkretisiert und individuelle Ziele vereinbart.

Mithilfe des kaskadenförmigen „Herunterbrechens“ der Visionen und Ziele wird sichergestellt, dass die strategischen Ziele auf allen Ebenen bekannt sind und erreicht werden können. Außerdem erfolgt hierdurch eine kontinuierliche Überprüfung und Anpassung der Ziele, was zur Sicherung des Unternehmenserfolges beiträgt.

Die Bewertung der Zielerreichung erfolgt im Bericht der Geschäftsführung an die einrichtungsinternen Aufsichtsgremien, im Rahmen der Regelkommunikation an die Führungskräfte und an die Mitarbeiter im Rahmen der Mitarbeiterforen.

Die Einrichtungen der AGAPLESION gAG werden durch das Zentrale Qualitätsmanagement AGAPLESION (QMZ) unterstützt. So werden Aktivitäten des Qualitätsmanagements koordiniert und geprüft sowie ein aktiver Wissensaustausch betrieben.

Kommunikationsstruktur des Qualitätsmanagements

Verbindliche Kommunikationsstrukturen im Krankenhaus bestehen in Form von Leitungsgremien, Kommissionen, Besprechungen und Mitarbeiter-Foren. Darüber hinaus wird bedarfs- und themenbezogen im Rahmen von Projekt- und Arbeitsaufträgen kommuniziert.

Zu den QM - Kommunikationsstrukturen gehören folgende Gremien:

Agaplesionweit (einrichtungsübergreifend):

- AGAPLESION Konferenz Geschäftsführer (AK-GF)
- AGAPLESION Arbeitsbereich Qualitätsmanagement (AAB-QMB)
- AGAPLESION Lenkungsgruppe Risikomanagement

Im Krankenhaus (einrichtungsbezogen):

- Jour Fixe der Geschäftsführung mit der QMB
- Betriebsleitungssitzungen mit dem Agenda-TOP QM
- Qualitätsmanagement-Team-Sitzungen (QM-Team)
- Sitzungen der Projekt- und Arbeitsgruppen
- Mitarbeiter-Foren mit Agenda-Top QM

Aufbaustruktur Qualitätsmanagement

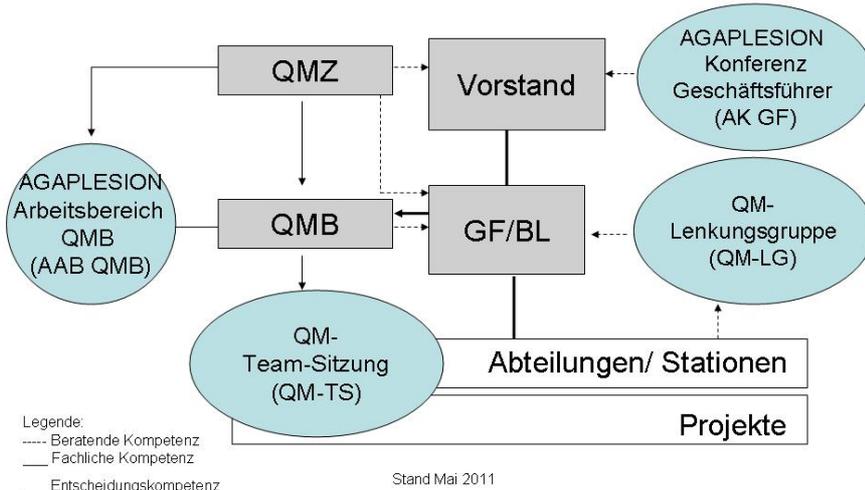


Abb. 15: Die Abbildung veranschaulicht die Aufbaustruktur des Qualitätsmanagements

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Interdisziplinäre Besprechungen

Ein wesentlicher Bestandteil interner Qualitätssicherungsmaßnahmen sind Visiten und Besprechungen des therapeutischen Teams. Sie dienen dem Informationsaustausch und ermöglichen eine bedarfsgerechte und kurzfristige Steuerung des Behandlungsverlaufs. In unserem Haus sind u.a. folgende Kommunikationsstrukturen zu finden:

Wöchentliche fallbezogene Teambesprechung:

An dieser auf allen Stationen stattfindenden Besprechung nehmen alle Mitglieder des therapeutischen Teams teil. Hierbei werden Therapieverlauf, Fortschritte und eventuelle Probleme des Patienten besprochen. So wird eine optimale Behandlungsplanung unter Berücksichtigung der Wünsche, der individuellen Fähigkeiten und Einschränkungen der einzelnen Patienten erreicht.

Kontinenzvisite:

Auf allen Krankenhaus- und Reha-Stationen finden wöchentliche Kontinenzvisiten statt, an denen die Kontinenzberaterinnen, die Bereichspflegekraft und der Stationsarzt teilnehmen. Sie dienen der Abklärung und Behandlung sowie Hilfsmittelberatung bei Blasen- und Darmschwäche.

Ärztliche Frühbesprechung:

Tägliche Besprechung für Informationsaustausch und Belegungsplanung. Komplexe Krankheitsverläufe werden im ärztlichen Team gemeinsam diskutiert. Im Anschluss erfolgt eine Röntgenbesprechung.

Visiten:

Im Rahmen der täglich stattfindenden ärztlichen Visite erfolgt ein Informationsaustausch zwischen allen an der Patientenbehandlung beteiligten Berufsgruppen.

Medizinische und pflegerische Ressourcen und Probleme des Patienten sollen so gleichermaßen Beachtung finden. Einmal wöchentlich erfolgt eine Oberarztvisite in deren Rahmen bislang erreichte Therapieziele sowie der Behandlungsverlauf überprüft werden.

Interne Audits und Begehungen

Interne Überprüfungen (bspw. Pflegeaudits sowie Bereichs- und Stationsaudits) dienen der systematischen Bewertung des Qualitätsmanagements und der Aufdeckung von Verbesserungspotentialen. Zu Beginn eines Jahres werden die internen Überprüfungen terminiert. Durch die gezielten Begehungen und Gespräche mit den Mitarbeitern werden Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gemeinsam evaluiert. Die daraus abgeleiteten Maßnahmen werden schriftlich fixiert, in die Maßnahmenplanung integriert und in einem festgelegten Zeitraum bearbeitet.

Regelmäßige Begehungen durch Spezialisten

Krankenhäuser sind zur Durchführung interner Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 137 SGB V verpflichtet. Hierzu gehören insbesondere jährliche Begehungen und Überprüfungen der betrieblichen Bereiche durch:

- den Krankenhaus-Hygieniker, die Hygienefachkraft und die Hygienebeauftragte Oberärztin
- den Qualitätsmanagementbeauftragten für Transfusionsmedizin
- den Krankenhausapotheker zur Arzneimittelversorgung
- die Fachkraft für Arbeitssicherheit zur Bewertung der Arbeitsplätze.

Aus den Ergebnissen der Begehungen und Überprüfungen werden konkrete Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet und im Rahmen des internen Qualitätsmanagements bearbeitet.

Ebenso werden die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung im Rahmen unseres internen Qualitätsmanagements zur stetigen Verbesserung unserer klinischen Abläufe und Behandlungsqualität genutzt.

Hygienemanagement:

Verantwortlich für das Hygienemanagement ist die Hygienebeauftragte Oberärztin. Sie führt zusammen mit der Hygienefachkraft regelmäßig Begehungen der verschiedenen Abteilungen durch. Die daraus resultierenden Ergebnisse fließen in den monatlich stattfindenden Arbeitskreis Hygiene ein.

Risikomanagement und CIRS

Gerade durch die sich ständig verändernden Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen sowie durch den stetig steigenden medizinischen Fortschritt, wachsen die Herausforderungen und Risiken für Krankenhäuser, aber auch für einzelne Mitarbeiter.

In der AGAPLESION gAG wurde 2005/2006 eine Rahmenkonzeption Risikomanagement und ein Leitfaden für ein Meldesystem potentieller Risiken (CIRS) entwickelt. Die Implementierung startete im Jahr 2007/2008. Seit 01.01.2008 gibt es im AGAPLESION BETHANIE KRANKENHAUS HEIDELBERG einen Risikomanagement-Beauftragten. Strukturiert werden von diesem Informationen über Risiken zusammengetragen, bewertet, vorbeugende Maßnahmen definiert, nach einem abgestuften Berichtswesen überwacht und jährlich neu bewertet.

Von Herbst 2009 bis Frühjahr 2010 war das AGAPLESION BETHANIE KRANKENHAUS Pilotheus bei der Einführung eines Meldesystems für kritische Beinahe-Zwischenfälle (CIRS). Ziel dieses anonymen Meldesystems ist es, aus Beinahe-Zwischenfälle zu lernen und somit Schäden zu vermeiden. 2010 wurde ein edv-gestütztes System zur Erfassung- und Auswertung der eingehenden Meldungen in Betrieb genommen.

Ideenbörse

Unsere Ideenbörse ist eine Form des innerbetrieblichen Vorschlagswesens. Mitarbeiter haben die Möglichkeit, Verbesserungsvorschläge an die Krankenhausleitung weiterzugeben. So kann das Unternehmen von den Mitarbeitern lernen und konkrete Verbesserungen herbeiführen. Im Jahr 2010 wurden 46 Ideen von Mitarbeitern eingebracht, von denen 11 eine Verbesserung darstellten und umgesetzt werden konnten.

Strukturiertes Meinungsmanagement

Wir begreifen Beschwerden als Chance zur Verbesserung. Deshalb betreiben wir ein aktives und strukturiertes Meinungsmanagement. Mit dem Flyer "Ihre Meinung ist uns wichtig" können uns alle Patienten, Angehörige und Besucher Rückmeldungen geben. Zur Erfassung- und Auswertung der eingegangenen Meinungsäußerungen wurde 2010 ein edv-gestütztes System eingeführt. Die Verantwortung für das strukturierte Meinungsmanagement trägt die Krankenhausleitung. Unsere Mitarbeiter freuten sich vor allem darüber, dass fast 66 % der Rückmeldenden positive und lobenswerte Erfahrungen mit dem Personal gemacht haben.

Patientenbefragungen

Zur Erhebung der Patientenzufriedenheit mit den Leistungsangeboten und den Abläufen wurde im AGAPLESION BETHANIE KRANKENHAUS zuletzt 2009 mithilfe eines Forschungsinstitutes eine Patientenbefragung durchgeführt.

Die Themenschwerpunkte der Befragung waren:

- Aufnahme und Entlassung
- Ärztliches Personal, Pflegepersonal, Therapeutisches Personal
- Therapien
- Sozialdienst/Pflegeüberleitung
- Schmerzen

- Behandlung in der Klinik
- Kommunikation und Organisation
- Räumlichkeiten und Versorgung
- Integration von Angehörigen
- Gesamteindruck

Die Ergebnisse der Befragung wurden genutzt, um konkrete Verbesserungsmaßnahmen in der Patientenversorgung abzuleiten (z.B. Einführung der Schaumkost, um Patienten mit Schluckstörungen eine umfassendere Geschmacksvielfalt bieten zu können).

Einweiserbefragung

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.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Qualitätsmanagementprojekte werden durch die Betriebsleitung initiiert. Grundlage sind Ergebnisse und Maßnahmenkataloge der unter Kapitel D4 „Instrumente des Qualitätsmanagements“ und Kapitel D6 „Bewertungen des Qualitätsmanagements“ genannten Instrumente und Methoden.

Im Folgenden werden einige der durchgeführten Projekte vorgestellt.

Aufnahmezentrum:

Im Rahmen eines durch die Betriebsleitung initiierten Projektes wurde im Frühjahr 2009 das Aufnahmezentrum in Betrieb genommen. Hierzu wurden Räumlichkeiten umgewidmet und umgebaut, Mitarbeiter neu zugeordnet, eingestellt und qualifiziert. Die Diagnostik wurde in diesem Bereich gebündelt.

Das Projekt hatte zum Ziel, eine zentrale, patientenzentrierte Krankenhausaufnahme zu schaffen und somit eine gezielte und schnelle Einleitung von Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen zu ermöglichen. Durch die zentrale Patientenaufnahme können für den Patienten belastende Transporte am Aufnahmetag auf ein Minimum reduziert werden. Gleichzeitig werden die Arbeitsabläufe auf den Stationen nicht gestört und die sofortige korrekte Unterbringung von Patienten in den verschiedenen Fachbereichen des Krankenhauses (akut, teilstationär, Rehabilitation) sichergestellt.

Die Einrichtung des Aufnahmezentrums hat die daran gestellten Erwartungen erfüllt. Seit 1. März dieses Jahres ist die administrative Patientenaufnahme räumlich ins Aufnahmezentrum integriert, um die Abläufe im Rahmen der Aufnahme noch besser zu verknüpfen.

CIRS:

Gerade durch die sich ständig verändernden Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen sowie durch den stetig steigenden medizinischen Fortschritt, wachsen die Herausforderungen und Risiken für Krankenhäuser, aber auch für einzelne Mitarbeiter.

In der AGAPLESION gAG wurde deshalb ein Leitfaden für ein Meldesystem potentieller Risiken (CIRS) entwickelt.

Von Herbst 2009 bis Frühjahr 2010 war das AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS eines von fünf Pilothäusern bei der Einführung eines Meldesystems für kritische Beinahe-Zwischenfälle (CIRS) in der AGAPLESION gAG. Ziel dieses anonymen Meldesystems ist es, aus Beinahe-Zwischenfälle zu lernen und somit Schäden und Fehler zu vermeiden.

Die anonym gemeldeten Zwischenfälle werden vom Risikomanagementbeauftragten und den CIRS-Verantwortlichen eingehend untersucht, der Betriebsleitung gemeldet und Korrekturvorschläge unterbreitet. Die daraus getroffenen Entscheidungen/Maßnahmen werden im Haus kommuniziert und umgesetzt.

Patientenbefragung:

Im 4. Quartal 2009 wurde in allen Einrichtungen der AGAPLESION gAG eine Patientenbefragung durchgeführten. Ziel war es, die Zufriedenheit der Patienten mit den Leistungsangeboten und den Abläufen im Krankenhaus zu messen. Die Rücklaufquote betrug 62,5%, was für eine Einrichtung mit ausschließlich geriatrischem Klientel als hoch anzusehen ist.

Im Auftrag der Geschäftsführung wurde auf Basis eines Rahmenvertrages die Patientenbefragung mithilfe eines Forschungsinstitut als Projekt einrichtungsbezogen durchgeführt. Im Projektauftrag wurden Projektleitung, Projektmitglieder, Zielsetzungen, Meilensteinplanung und Budget festgelegt. In Zusammenarbeit mit dem involvierten Forschungsinstitut erfolgte die Projektdurchführung, die Erhebung valider Daten und Ergebnisbewertung. Der gesetzlich verbindliche Datenschutz wurde durch das Forschungsinstitut sichergestellt.

Die Ergebnisse der Einrichtungen wurden mit dem internen Durchschnittswert des AGAPLESION Konzerns sowie einem externen Benchmark verglichen. Zusätzlich wurde AGAPLESION übergreifend ein Vergleich zwischen allen medizinischen Fachdisziplinen erstellt. Die Ergebnisse werden einrichtungsübergreifend und einrichtungintern analysiert, kommuniziert und Maßnahmen daraus abgeleitet.

Einführung der Schaumkost:

Bei der durchgeführten Patientenbefragung, wurden in verschiedenen Themenbereichen Verbesserungspotentiale festgestellt und Maßnahmen daraus abgeleitet. Hierzu gehörte auch der Themenbereich Qualität und Abwechslung der angebotenen Speisen - hier hauptsächlich der Schluckstörungskost. Eine hohe Anzahl unseres geriatrischen Klientels ist aufgrund verschiedener Ursachen von einer Schluckstörung betroffen und somit auf daran angepasste Kostformen angewiesen. Um unseren Patienten eine größere Geschmacksvielfalt anbieten zu können, hat die Krankenhausleitung deshalb verschiedene Alternativen geprüft und sich schließlich für die Einführung der Schaumkost entschieden. Diese wird derzeit auf einer Pilotstation getestet und soll, falls sie sich bewährt, im ganzen Haus eingeführt werden.

Umfassende Schulung der Mitarbeiter:

Die Mitarbeiter des Hauses werden regelmäßig in allen relevanten Bereichen (z.B. Arbeitssicherheit, Datenschutz, Hygiene, Notfallmanagement) im Rahmen der Innerbetrieblichen Fortbildungen (IBF) durch die räumlich angegliederte AGAPLESION AKADEMIE HEIDELBERG geschult. Neben dem jährlichen Pflichtschulungsprogramm haben die Mitarbeiter dort ebenso die Möglichkeit, relevante Fortbildungen zu grundlegenden Themen der Pflege, Therapie und Medizin sowie Schulungen im Bereich der Führungs- und Methodenkompetenz zu besuchen. Die Inhalte werden eng zwischen der Akademieleitung und den verantwortlichen Bereichsleitern abgestimmt. Im Jahr 2010 erfolgte im Rahmen der IBF beispielsweise eine Schulungsreihe zum Expertenstandard Dekubitusprophylaxe, an der alle Mitarbeiter der Pflege teilgenommen haben.

Erweiterung des Therapieangebotes:

Ergänzend zu den klassischen therapeutischen Anwendungen steht uns seit 2010 über ein modernes, computergestütztes Trainings- und Messsystem mit Biofeedback (Physiomat) zur Verfügung. Dieses ermöglicht eine hohe Muskelaktivität bei niedrigem Kraftaufwand und somit die gezielte Behandlung insbesondere von Gleichgewichtsstörungen, Schwindel und neurologischen Dysfunktionen.

Zur Verbesserung der Therapieplanung im Sinne einer optimalen, auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten zugeschnittenen Behandlung, führen wir außerdem eine computergestützte Ganganalyse durch.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Die Bewertung des Qualitätsmanagements erfolgt intern durch das Zentrale Qualitätsmanagement der AGAPLESION gAG und extern durch unabhängige Zertifizierungsinstitutionen.

Visitationen und Audits:

Die internen Bewertungen unseres einrichtungsinternen Qualitätsmanagement-Systems erfolgen mithilfe von Visitationen und Audits. Die Ergebnisse aus den Visitations-Berichten werden in den Jahresziel- und Projektplanungen berücksichtigt, um eine stetige Verbesserung der Prozesse zu erreichen.

Managementbewertungen:

Seit diesem Jahr werden jährliche Managementbewertungen durch die oberste Leitung durchgeführt. Diese haben zum Ziel, das QM-System systematisch hinsichtlich dessen Eignung, Angemessenheit und Wirksamkeit zu bewerten. Die Ergebnisse bilden die Grundlage des Wirtschaftsplanes und der Jahreszielplanung.

Zertifizierung:

Das AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG war das erste Geriatriische Zentrum in Baden-Württemberg, welches nach KTQ® (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) zertifiziert wurde (siehe: www.ktq.de). Die Erst-Zertifizierung erfolgte am 18. August 2004 und die erste Re-Zertifizierung im Jahr 2007.

Im Jahr 2010 hat sich die AGAPLESION gAG dazu entschieden zukünftig in den angegliederten Krankenhäusern eine Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2008 anzustreben. Aus diesem Grund entschied sich das AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG dazu, die geplante Rezertifizierung nach KTQ abzusagen und im kommenden Jahr eine Zertifizierung nach der DIN EN ISO Norm anzustreben.