



AGAPLESION
BETHANIEN KRANKENHAUS
HEIDELBERG

QUALITÄTSBERICHT 2012

Strukturierter Qualitätsbericht
gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V
für das Berichtsjahr 2012

Erstellt am 05.05.2014



Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	7
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	7
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	8
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	8
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	8
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	8
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	10
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	11
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	11
A-9	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	12
A-10	Gesamtfallzahlen	12
A-11	Personal des Krankenhauses	12
A-12	Verantwortliche Personen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	14
A-13	Besondere apparative Ausstattung	15
A-14	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	15
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	19
B-1	Geriatric	19
C	Qualitätssicherung	27
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	27
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	39
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	39
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	39



C-5	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V	39
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	39
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V	39
D	Qualitätsmanagement	40

Einleitung

Strukturierter Qualitätsbericht

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Vorname: Maren
Name: Sohn
Position: Qualitätsmanagement-Beauftragte
Telefon: 06221 319 1780
Fax: 06221 319 1405
E-Mail: msohn@bethanien-heidelberg.de



Abb. 1: Qualitätsmanagement-Beauftragte Maren Sohn

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Vorname: Rüdiger
Name: Woll
Position: Geschäftsführung
Telefon: 06221 319 1600
Fax: 06221 319 1605
E-Mail: rwoll@bethanien-heidelberg.de



Abb. 2: Geschäftsführer Rüdiger Woll

Vorwort Vorstandvorsitzender AGAPLESION

Frankfurt am Main, im April 2014

Sehr geehrte Damen und Herren,

in kaum einem Arbeitsbereich ist Qualität so entscheidend und häufig sogar lebensnotwendig wie in der Medizin. Sie entsteht aus Erfahrung, Wissen und strukturierten Prozessen der Qualitätssicherung.

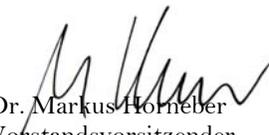
In den Einrichtungen der AGAPLESION gemeinnützige AG behandeln unsere hochqualifizierten Arbeiterteams rund 500.000 Patienten pro Jahr. Ausgehend von unserem christlichen Leitbild ist es uns ein Anliegen, Menschen, die zu uns kommen, mit bestmöglicher medizinischer und pflegerischer Qualität zu versorgen. Dazu hat AGAPLESION ein nach DIN ISO 9001:2008 zertifiziertes Qualitätsmanagement-System etabliert, in das jede der rund einhundert Einrichtungen eingebunden ist. Es ermöglicht die kontinuierliche Optimierung der Prozesse zur Erreichung einer exzellenten Ergebnisqualität.

Im Rahmen einer verpflichtenden, sektorenübergreifenden Qualitätssicherung wird konzernweit die Behandlungsqualität verglichen und in fachbezogenen Qualitätszirkeln diskutiert. Auf diese Weise erhalten die verantwortlichen Qualitätsmanagement-Beauftragten der Einrichtungen fortwährende Unterstützung bei der Weiterentwicklung ihrer Systeme und bei Zertifizierungsprozessen. Sie profitieren damit von der Erfahrung aller Einrichtungen des Konzerns. Die Wirksamkeit des Qualitätsmanagement-Systems und die Umsetzung der Qualitätsanforderungen werden kontinuierlich durch interne und externe Audits überprüft und Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet.

Um die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die Lage zu versetzen, ihre Aufgaben nach den definierten Qualitätsstandards auszuüben, bietet die AGAPLESION Akademie in Heidelberg ein breites Angebot an Aus-, Fort- und Weiterbildungen für medizinische, pflegerische und therapeutische Berufe sowie in Managementthemen an.

Das Qualitätsmanagement-System erstreckt sich auch auf alle anderen, nicht medizinischen Prozesse. Bestandteile sind ein zentrales Risikomanagement, Zertifizierungen durch medizinische Organisationen, Meinungsmanagement und das Management von Innovationen im Rahmen medizinischer Fachbeiräte sowie ein lebendiges, gelebtes Ideenmanagement. Darüber hinaus wurden für alle Einrichtungen verbindliche Führungs- und Verhaltensgrundsätze verabschiedet und Qualitätsziele formuliert. Denn: Qualitätsmanagement ist Führungsaufgabe und gleichzeitig gelebtes Instrument in der täglichen Arbeit.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Markus Hornberger
Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG



Gerhard Hallenberger
Vorstand
AGAPLESION gAG



Jörg Marx
Vorstand
AGAPLESION gAG

Vorwort Geschäftsführung

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

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

Unsere Bereiche umfassen:



Akutgeriatrie (105 Betten, hiervon 9 Betten palliativmedizinische Geriatrie, 14 Betten GISAD, 17 Betten Schlaganfallversorgung, 4 Überwachungsbetten)

Geriatrische Rehabilitation (66 Betten)

Tagesklinik (25 Plätze)

Abb. 3: Hier sehen Sie das AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG.

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

Bereits 2002 wurde im AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG ein Qualitätsmanagementsystem eingeführt. Qualitätsmanagement (QM) bedeutet, dass alle Bereiche in der Klinik – von der ärztlichen und pflegerischen Behandlung bis zur Verwaltung – begutachtet, regelmäßig kontrolliert und die Umsetzung anhand messbarer Kriterien kontinuierlich überprüft wird. Dabei muss das Ergebnis für die Patienten spürbar sein und die Kundenzufriedenheit erhöht werden. Darum geht es uns!

„Qualität ist das Gegenteil von Zufall“, sagt ein Sprichwort. Was das konkret umfasst und bedeutet, erfahren Sie auf den folgenden Seiten im Qualitätsbericht für das Jahr 2012. Es ist uns wichtig, hochwertige Standards zu schaffen, Althergebrachtes in Frage zu stellen, Bewährtes festzuschreiben und Neues kontinuierlich fortzuentwickeln.

Wir hoffen, Ihnen mit dem vorliegenden Bericht und den darin enthaltenen Zahlen, Daten und Fakten einen guten, umfassenden Einblick in unsere Leistungen und Angebote zu bieten. Bei Fragen steht Ihnen unsere Qualitätsmanagementbeauftragte, Frau Maren Sohn, unter der Telefonnummer (06221) 319-1780 oder per E-Mail zur Verfügung: msohn@bethanien-heidelberg.de

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

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

Heidelberg, den 23.05.2014

Rüdiger Woll
Geschäftsführer
AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus	
IK-Nummer:	260822231
Standortnummer:	00
Krankenhausname:	AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG
Hausanschrift:	Rohrbacher Str. 149 69126 Heidelberg
Telefon:	06221 319-0
Fax:	06221 319-1605
E-Mail:	info@bethanien-heidelberg.de
URL:	http://www.bethanien-heidelberg.de

Ärztliche Leitung

Person:	Dr. med. William Micol
Position:	Komm. Ärztlicher Direktor
Telefon Fax:	06221/319-1508 06221/319-1505
E-Mail:	wmicol@bethanien-heidelberg.de

Abb. 4: Dr. William Micol



Pflegedienstleitung

Person:	Margit Müller
Position:	Pflegedirektorin
Telefon Fax:	06221/319-1401 06221/319-1405
E-Mail:	mmueller@bethanien-heidelberg.de

Abb. 5: Margit Müller



Verwaltungsleitung

Person:	Rüdiger Woll
Position:	Geschäftsführung
Telefon Fax:	06221/319-1600 06221/319-1605
E-Mail:	rwill@bethanien-heidelberg.de

Abb. 6: Rüdiger Woll



Person:	Rainer Frischmann
Position:	Verwaltungsdirektor
Telefon Fax:	06221/319-1602 06221/319-1605
E-Mail:	rfrischmann@bethanien-heidelberg.de

Abb. 7: Rainer Frischmann



A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name: AGAPLESION gemeinnützige AG

Art: freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Lehrkrankenhaus: ja

Universität: Klinikum der Universität Heidelberg

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Trifft nicht zu.

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

- **Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare (MP03)**
Angehörigenberatung, sozialrechtliche Beratung durch Sozialdienst
- **Basale Stimulation (MP06)**
- **Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden (MP09)**
Palliativmedizinische Geriatrie, Abschiedsraum
- **Sporttherapie/Bewegungstherapie (MP11)**
Poststationäres Trainingsangebot durch REGE e. V.: Das Präventions- und Rehabilitationstraining für ältere Menschen wurde von Sportwissenschaftlern unseres Hauses entwickelt. Ziel ist, im Alter die Mobilität und Kraft gezielt zu fördern, um die Selbstständigkeit möglichst lange erhalten zu können.
- **Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) (MP12)**
Wir haben einen ausgebildeten Bobath-Instruktor beschäftigt.
- **Diät- und Ernährungsberatung (MP14)**
Bei Diabetes, Unter- und Überernährung
- **Entlassungsmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege (MP15)**
Entlassmanagement
- **Ergotherapie/Arbeitstherapie (MP16)**
- **Kinästhetik (MP21)**
- **Kontinenztraining/Inkontinenzberatung (MP22)**
Die Beratung und Versorgung von Patienten mit Inkontinenz erfolgt durch die Mitarbeiter der Stabstelle Kontinenzberatung, ausgewiesenen Pflegeexperten für Kontinenzförderung.
- **Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie (MP23)**
- **Manuelle Lymphdrainage (MP24)**
- **Massage (MP25)**
- **Musiktherapie (MP27)**
Die Musiktherapeutin ist im Demenz- und Palliativbereich eingesetzt.
- **Medizinische Fußpflege (MP26)**
Wird bei Bedarf von externen Dienstleistern angeboten.

- **Physikalische Therapie/Bädertherapie (MP31)**
Bewegungsbad
- **Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie (MP32)**
Krankengymnastik an Geräten, indikationsspezifische Gruppenangebote, Medizinische Trainingstherapie (gerätegestützt)
- **Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie (MP44)**
Endoskopische Funktionsdiagnostik (FEES)
- **Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit (MP64)**
Tag der offenen Tür; (Fach-)Vorträge für Patienten, Angehörige und Interessierte
- **Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik (MP47)**
Im Rahmen der Hilfsmittelversorgung arbeiten wir mit einem Sanitätshaus zusammen.
- **Vojtathherapie für Erwachsene und/oder Kinder (MP67)**
- **Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege (MP68)**
Das Geriatrie Netzwerk zur Optimierung der medizinischen Versorgung im Alten- und Pflegeheim ist ein integriertes Versorgungsmodell, das wir in Zusammenarbeit mit der AOK umsetzen. Es hat zum Ziel, die medizinische und pflegerische Versorgung von Pflegeheimbewohnern nachhaltig zu verbessern.
- **Wundmanagement (MP51)**
Wir haben Pflegekräfte als Wundexperten nach den Kriterien der ICW (Initiative Chronische Wunde) geschult.
- **Aromapflege/-therapie (MP53)**
Auf unserer Palliativ- und Schlaganfallereinheit ergänzen Expertinnen für Aromapflege (Primavera®) die Pflege und Behandlung der Patienten gemäß unserem Aromapflege-Konzept.
- **Stomatherapie/-beratung (MP45)**
Die Beratung und Versorgung von Stomapatienten erfolgt durch unsere Pflegeexpertinnen für Kontinenzförderung.
- **Sozialdienst (MP63)**
- **Wärme- und Kälteanwendungen (MP48)**
im Rahmen der physikalischen Therapie
- **Atemgymnastik/-therapie (MP04)**
im Rahmen der Physiotherapie



Abb. 8: Hier sehen Sie eine Patientin bei der medizinischen Trainingstherapie zur Kräftigung der Muskulatur

Weitere medizinisch-pflegerische Leistungsangebote finden Sie unter B-1.2.

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Ein-Bett-Zimmer (NM02)

Kommentar: 4 Zimmer

Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (NM03)

Kommentar: 6 Zimmer

Zwei-Bett-Zimmer (NM10)

Kommentar: 9 Zimmer

Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (NM11)

Kommentar: 10 Zimmer

Telefon am Bett (NM18)

Zusatzangaben: Kosten pro Tag: 2,00 €
Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,15 €
Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0,00 €

Kommentar: Grundgebühr 2,00 € pro Tag

Fernsehgerät am Bett/im Zimmer (NM14)

Zusatzangaben: Kosten pro Tag: 2,50 €

Kommentar: einmalig 5,00 € Aufstellgebühr; für Patienten mit Wahlleistung "Zimmer" kostenlos

Rundfunkempfang am Bett (NM17)

Zusatzangaben: Kosten pro Tag: 0 €

Kommentar: über Klingelanlage

Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum (NM01)

Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen (NM30)

Zusatzangaben: Kosten pro Stunde maximal: 1,00 €
Kosten pro Tag maximal: 10,00 €

Seelsorge (NM42)

Kommentar: Betreuung, Gottesdienste und Gedenkgottesdienste für Verstorbene

Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) (NM09)

Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen (NM40)

Kommentar: grüne Damen, Patientenfürsprecher

Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen (NM49)

Kommentar: Vortragsreihe "Altersfragen" für Patienten, Angehörige und Interessierte

Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität) (NM66)

Zusatzangaben: Angebote für besondere Ernährungsgewohnheiten: z.B. vegetarische Küche, muslimische Ernährung

Andachtsraum (NM67)

Kommentar: Klinikkapelle und Abschiedsraum

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

- **Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung (BF04)**

Weitere Aspekte der Barrierefreiheit haben wir für Sie in Kapitel B 1.3 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.

- **Studentenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) (FL03)**
- **Doktorandenbetreuung (FL09)**
- **Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten (FL01)**
Lehraufträge im Querschnittsfach Geriatrie der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg
- **Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten (FL04)**

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

- **Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin (HB03)**
Zusammenarbeit mit der SRH Hochschule Heidelberg (Praktische Ausbildung)

Außerdem sind wir eine praktische Ausbildungsstätte für die Altenpflege.

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Betten: 105

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl: 2165

Teilstationäre Fallzahl: 46

Ambulante Fallzahl: 0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Die Angaben zum ärztlichen Personal sind auch unter B-1.10.1 dargestellt.

	Anzahl	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	14,4 Vollkräfte	
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,5 Vollkräfte	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	
Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	1,0 Vollkräfte	wissenschaftlich tätige Ärzte

A-11.2 Pflegepersonal

Die Angaben zum Pflegepersonal des Krankenhauses sind nochmals unter B-1.10.2 dargestellt.

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	32,7 Vollkräfte	3 Jahre	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	0,4 Vollkräfte	3 Jahre	
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	22,9 Vollkräfte	3 Jahre	Außerdem waren 10 Auszubildende zum/r Altenpfleger/in eingesetzt.
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	4,8 Vollkräfte	1 Jahr	
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	3,0 Vollkräfte	ab 200 Stunden Basis	Zusätzlich waren 6,7 Pflegehelfer (ohne Qualifikation), 3,83 Stationshilfen und 2,0 Stationssekretärinnen im Einsatz.

A-11.3 Spezielles therapeutisches Personal

Die Angaben zum therapeutischen Personal sind auch unter B-1.10.3 dargestellt.

	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Personal mit Zusatzqualifikationen nach Bobath oder Vojta (SP32)	0,3	Stabstelle Bobathinstruktor mit 0,3 VK ist etabliert; alle Physiotherapeuten sind in Bobath geschult; unsere Pflegekräfte absolvieren den Bobathkurs für Pflege fortlaufend
Diätassistent und Diätassistentin (SP04)	3,0	
Ergotherapeut und Ergotherapeutin (SP05)	3,9	
Logopäde und Logopädin/Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin (SP14)	2,0	
Physiotherapeut und Physiotherapeutin (SP21)	6,2	
Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin (SP25)	2,2	
Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement (SP28)	4,0	Fortbildung nach den Kriterien der ICW (Initiative Chronische Wunde)
Musiktherapeut und Musiktherapeutin (SP16)	0,1	
Medizinischer Fachangestellter und Medizinische Fachangestellte (SP02)	1,0	
Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA) (SP56)	1,8	

A-11.4 Hygienepersonal

	Anzahl	Kommentar
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1 Personen	Vertrag mit externem Dienstleister
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	1 Personen	sowie eine weitere Ärztin in Stellvertretung
Fachgesundheits- und Krankenpfleger und Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	1 Personen	Vertrag mit externem Dienstleister mit Zeitkontingent gemäß der gesetzlichen Vorgaben
Hygienebeauftragte in der Pflege	4 Personen	

Hygienekommission eingerichtet: ja
Vorsitzende/-er:

Dr. William Micol (komm. Äztl. Direktor)

A-12 Verantwortliche Personen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Maren Sohn

Position: QM-Beauftragte und stellvertr. Pflegedirektorin
Straße / Hausnummer: Rohrbacher Straße 149
PLZ / Ort: 69126 Heidelberg
Telefon: 06221 319 1780
Fax: 06221 319 1405
E-Mail: msohn@bethanien-heidelberg.de



Abb. 9: Hier sehen Sie die QM-Beauftragte Maren Sohn

Margit Müller

Position: QM-Beauftragte oberste Leitung, Pflegedirektorin
Straße / Hausnummer: Rohrbacher Straße 149
PLZ / Ort: 69126 Heidelberg
Telefon: 06221 319 1401
Fax: 06221 319 1405
E-Mail: mmueller@bethanien-heidelberg.de



Abb. 10: Margit Müller, die QM-Beauftragte der obersten Leitung

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Apparative Ausstattung	24h	Kommentar
AA08	Computertomograph (CT)	Nein	Wir verfügen über keine eigene Radiologie. Seit Frühjahr 2013 ist im AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG eine Radiologische Praxis angesiedelt, mit der wir eng kooperieren. Deren Leistungsspektrum umfasst Kernspintomographie, Computertomographie, Röntgen sowie Nuklearmedizin.
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Nein	Wir verfügen über keine eigene Radiologie. Seit Frühjahr 2013 ist im AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG eine Radiologische Praxis angesiedelt, mit der wir eng kooperieren. Deren Leistungsspektrum umfasst Kernspintomographie, Computertomographie, Röntgen sowie Nuklearmedizin.

A-14 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

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

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

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt

Aussage: Ja

Kommentar: 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)

Aussage: Ja

Kommentar: Zum 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

Aussage: Ja

Kommentar: Anregungen, Kritik oder Lob können Patienten, Angehörige oder Besucher gerne jederzeit vertrauensvoll gegenüber unseren Mitarbeiter äußern. Unser Team wird versuchen, individuelle Wünsche und Bedürfnisse zu realisieren. Auch unsere Mitarbeiterin des Meinungsmanagement nimmt gerne Ihre Rückmeldung entgegen. Die Kontaktdaten unseres Meinungsmanagements sind veröffentlicht und folglich für jeden zugänglich, so dass eine Meinung schriftlich, telefonisch oder auch elektronisch mitgeteilt werden kann.

Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden

Aussage: Ja

Kommentar: Jeder Patient erhält bei Aufnahme den Meinungsbogen „Ihre Meinung ist uns wichtig“, mit dem er Beschwerden, Lob und Anregungen rückmelden kann. Für Angehörige, Besucher und Mitarbeiter sind im Eingangsbereich unseres Hauses Meinungsbögen ausgelegt. Sofern gewünscht, sind unsere Mitarbeiter beim Ausfüllen des Meinungsbogens jederzeit behilflich. Die Meinungsbögen können am Empfang abgegeben oder in den dafür vorgesehenen Briefkasten geworfen werden.

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

Aussage: Ja

Kommentar: 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.

Patientenbefragungen

Aussage: Ja

Kommentar: Bei der Verbesserung unserer Prozesse orientieren wir uns an den Wünschen und Bedürfnissen unserer Patienten. Deshalb führt unsere Einrichtung regelhaft Patientenbefragungen zu unterschiedlichen Themenbereichen durch, wie z. B.: allgemeine Zufriedenheit (z. B. mit der Ausstattung und dem Personal), Verpflegung, Schmerzmanagement.

Einweiserbefragungen

Aussage: Ja

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.

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Vorname: Maren
Name: Sohn
Position: Meinungsmanagementbeauftragte
Straße: Rohrbacher Straße
Hausnummer: 149
Postleitzahl: 69126
Ort: Heidelberg
Telefon: 06221 319 1780
Fax: 06221 319 1405
E-Mail: IhreMeinung@bethanien-heidelberg.de

Zusatzinformationen Ansprechpersonen Beschwerdemanagement

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

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Vorname: Walter
Name: Spies
Position: Patientenfürsprecher
Telefon: 06221 319 0

Zusatzinformationen Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

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

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

Vorname: Maren
Name: Sohn
Position: Meinungsmanagementbeauftragte
Telefon: 06221 319 1780
Fax: 06221 319 1405
E-Mail: IhreMeinung@bethanien-heidelberg.de

Zusatzinformationen Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

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

Link zum Kontakt: <http://www.bethanien-heidelberg.de/Meinungsmanagement.5728.0.html>
E-Mail: IhreMeinung@bethanien-heidelberg.de

Weitere Informationen bekommen Sie hier:
<http://www.bethanien-heidelberg.de/Meinungsmanagement.5728.0.html>

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-1 Geriatrie

B-1.1 Allgemeine Angaben

Fachabteilung: Geriatrie
Chefarzt: Dr. William Micol (kommisarisch)



Abb. 11: Dr. William Micol

Ansprechpartner: Cordula Diouf
Hausanschrift: Rohrbacher Str. 149
69126 Heidelberg



Abb. 12: Cordula –Diouf

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

E-Mail: info@bethanien-heidelberg.de
URL: <http://www.bethanien-heidelberg.de>

B-1.2 Medizinische Leistungsangebote – Geriatrie

- **Computertomographie (CT), nativ (VR10)**
Wir verfügen über keine eigene Radiologie. Seit Frühjahr 2013 ist im AGAPLESION BETHANIE KRANKENHAUS HEIDELBERG eine Radiologische Praxis angesiedelt, mit der wir eng kooperieren. Deren Leistungsspektrum umfasst Kernspintomographie, Computertomographie, Röntgen sowie Nuklearmedizin.
- **Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) (VI07)**
24h Blutdruckmessung
- **Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes (VH16)**
Therapie von Stimmstörungen



Abb. 13: Das Logopädie-Team behandelt Patienten mit Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen

- **Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen (VH24)**
Schluckendoskopische Untersuchung
- **Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (VI10)**
Diabetes, Malnutrition
- **Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen (VI24)**
Assessments
- **Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen (VN19)**
Abklärung von Stürzen, Gangstörungen; Therapie von geriatrischen Patienten in der Akutphase und Postakutphase des Schlaganfalles, Konsildienst mit Fachärzten für Neurologie
- **Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP10)**

Konsildienst mit Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie; Unsere "Geriatrische Internistische Station für akut erkrankte Demenzpatienten" ist eine spezialisierte Behandlungseinheit für Patienten, die an Demenz oder Verwirrheitszuständen leiden.

- **Duplexsonographie (VR04)**
- **Endoskopie (VI35)**
Schluckendoskopie
- **Geriatrische Tagesklinik (VI44)**
- **Magnetresonanztomographie (MRT), nativ (VR22)**
Wir verfügen über keine eigene Radiologie. Seit Frühjahr 2013 ist im AGAPLESION BETHANIE KRANKENHAUS HEIDELBERG eine Radiologische Praxis angesiedelt, mit der wir eng kooperieren. Deren Leistungsspektrum umfasst Kernspintomographie, Computertomographie, Röntgen sowie Nuklearmedizin.
- **Native Sonographie (VR02)**
- **Palliativmedizin (VI38)**
Abteilung für Palliativmedizinische Therapie
- **Physikalische Therapie (VI39)**
Abteilung für Physikalische Therapie
- **Geriatrisches Zentrum (Altersmedizin) (VI00)**
- **Spezialprechstunde (VU14)**
Kontinenzberatung
- **Gesundheitszentrum Bethanien (VX00)**
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.

B-1.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Geriatrie

- **Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung (BF16)**
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.
- **Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung (BF15)**
Die baulich angepasste Behandlungseinheit GISAD wurde in unserem Haus entwickelt und 2004 im Rahmen eines Modellprojektes als eine der ersten dieser Art eröffnet. Sie dient Patienten mit herausforderndem Verhalten als „geschützter Bereich“.
- **Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal (BF26)**
Die Fremdsprachenkenntnisse unserer Mitarbeiter wurden zusammengetragen 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.
- **Besondere personelle Unterstützung (BF11)**
Begleitung der Patienten zu Therapie und Diagnostik
- **Diätische Angebote (BF24)**
Verschiedene Kostarten für Patienten mit Schluckstörungen (z.B. Schaumkost)
- **Hilfsmittel zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Patientenlifter (BF21)**
- **Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Anti-Thrombosestrümpfe (BF22)**



Rollstühle mit Überbreite

- **Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (BF09)**
- **Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen (BF10)**
- **Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen (BF08)**
- **Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten (BF20)**
Blutdruckmanschetten mit Übergröße
- **Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette (BF07)**
- **Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä. (BF06)**
- **geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) (BF17)**
elektrisch verstellbare Betten; Bettverlängerung bei Übergröße

B-1.4 Fallzahlen – Geriatrie

Vollstationäre Fallzahl: 2165
Teilstationäre Fallzahl: 46

B-1.5 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I63	157	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt
2	F05	132	Verwirrheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt
3	J69	115	Lungenentzündung durch Einatmen fester oder flüssiger Substanzen, z.B. Nahrung oder Blut
4	I50	109	Herzschwäche
5	S72	107	Knochenbruch des Oberschenkels
6	J18	76	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
7	I21	61	Akuter Herzinfarkt
8	S32	59	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens
9	E87	53	Sonstige Störung des Wasser- und Salzhaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts
10	N17	44	Akutes Nierenversagen
11	E86	42	Flüssigkeitsmangel
12	I67	42	Sonstige Krankheit der Blutgefäße im Gehirn
13	N39	41	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
14	N30	36	Entzündung der Harnblase
15	J44	34	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenerkrankung mit Verengung der Atemwege - COPD

B-1.6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-770	808	Fachübergreifende Vorsorge und Basisuntersuchung von alten Menschen
2	8-550	776	Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) erkrankter älterer Menschen
3	9-200	538	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
4	8-930	285	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
5	8-982	270	Fachübergreifende Sterbebegleitung
6	3-200	165	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
7	8-800	79	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
8	1-632	50	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
9	1-613	40	Bewertung des Schluckens mit Hilfe eines schlauchförmigen Instrumentes, an dessen Ende eine Kamera installiert ist (Endoskop)
10	3-203	33	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel
11	8-132	27	Spülung oder Gabe von Medikamenten in die Harnblase
12	8-192	27	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde
13	1-771	21	Einheitliche Basisuntersuchung von alten Menschen
14	1-440	17	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung
15	1-207	15	Messung der Gehirnströme - EEG

B-1.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-1.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-1.9 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein
stationäre BG-Zulassung: Nein

B-1.10 Personelle Ausstattung

B-1.10.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Anzahl je Fall
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	14,4 Vollkräfte	0,00665
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,5 Vollkräfte	0,00254
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	0,00000

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)

- **Innere Medizin (AQ23)**
Weiterbildungsbefugnis
- **Innere Medizin und SP Kardiologie (AQ28)**

Zusatz-Weiterbildung

- **Geriatric (ZF09)**
Weiterbildungsbefugnis
- **Palliativmedizin (ZF30)**
Weiterbildungsbefugnis
- **Notfallmedizin (ZF28)**
- **Röntgendiagnostik – fachgebunden – (ZF38)**

B-1.10.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Anzahl je Fall	Ausbildungsdauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	32,7 Vollkräfte	0,01510	3 Jahre	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	0,4 Vollkräfte	0,00018	3 Jahre	
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	22,9 Vollkräfte	0,01058	3 Jahre	Außerdem waren 10 Auszubildende zum/r Altenpfleger/in eingesetzt.
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	4,8 Vollkräfte	0,00222	1 Jahr	
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	3,0 Vollkräfte	0,00139	ab 200 Stunden Basis	Zusätzlich waren 6,7 Pflegehelfer (ohne Qualifikation), 3,83 Stationshilfen und 2,0 Stationssekretärinnen im Einsatz.

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss

- **Diplom (PQ02)**
- **Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten (PQ05)**
- **Intensivpflege und Anästhesie (PQ04)**
Wir haben Pflegefachkräfte mit Qualifizierung im Intermediate Care Bereich (IMC).

Zusatzqualifikation

- **Palliative Care (ZP20)**
- **Basale Stimulation (ZP01)**
- **Bobath (ZP02)**
Stabstelle Bobathinstruktor; Pflegekräfte mit abgeschlossenem Bobathkurs für Pflege
- **Diabetes (ZP03)**
Diabetes-Assistent
- **Kinästhetik (ZP08)**
- **Kontinenzmanagement (ZP09)**
Die Beratung und Versorgung von Stomapatienten erfolgt durch unsere Pflegeexpertinnen für Kontinenzförderung

- **Praxisanleitung (ZP12)**
- **Qualitätsmanagement (ZP13)**
- **Schmerzmanagement (ZP14)**
- **Stomamanagement (ZP15)**
Die Beratung und Versorgung von Stomapatienten erfolgt durch unsere Pflegeexpertinnen für Kontinenzförderung.
- **Wundmanagement (ZP16)**
Fortbildung nach den Kriterien der ICW (Initiative Chronische Wunde)

B-1.10.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

C Qualitätssicherung

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

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

C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate

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

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	101	100,0	
Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	444	0	Tatsächliche Dokumentationsrate: 100%. Der Qualitätsbericht hat auf eine veraltete Datenbank der GeQiK zurückgegriffen.

C-1.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL

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

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

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

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Patienten mit Dekubitus Grad 2 bis 4 bei Entlassung
Kennzahlbezeichnung	Entstehung eines Druckgeschwürs (Grad 2 bis 4) während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet. Eine Angabe zur Entwicklung ist methodisch hier nicht möglich.

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)
Kennzahlbezeichnung	Entstehung eines Druckgeschwürs (Grad 2 bis 4) während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,7$
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet. Eine Angabe zur Entwicklung ist methodisch hier nicht möglich.

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Patienten mit Dekubitus Grad 1 bis 4 bei Entlassung
Kennzahlbezeichnung	Entstehung eines Druckgeschwürs (Grad 2 bis 4) während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet. Eine Angabe zur Entwicklung ist methodisch hier nicht möglich.

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)
Kennzahlbezeichnung	Entstehung eines Druckgeschwürs (Grad 1 bis 4) während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,4$
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet. Eine Angabe zur Entwicklung ist methodisch hier nicht möglich.

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4 bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Entstehung eines schweren Druckgeschwürs (Grad 4) während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet. Eine Angabe zur Entwicklung ist methodisch hier nicht möglich.

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4 bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme und ohne Risikofaktoren
Kennzahlbezeichnung	Entstehung eines schweren Druckgeschwürs (Grad 4) während des Krankenhausaufenthalts, bei Patienten ohne besondere Risiken
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet. Eine Angabe zur Entwicklung ist methodisch hier nicht möglich.

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Zähler / Nenner	97 / 101
Ergebnis (Einheit)	96,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	90,3 - 98,5%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -
Kommentar Geschäftsstelle	Eine Angabe zur Entwicklung ist methodisch hier nicht möglich.

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
Kennzahlbezeichnung	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten)
Zähler / Nenner	90 / 94
Ergebnis (Einheit)	95,7%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	89,6 - 98,3%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -
Kommentar Geschäftsstelle	Eine Angabe zur Entwicklung ist methodisch hier nicht möglich.

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)
Kennzahlbezeichnung	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (ausschließlich aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten)
Zähler / Nenner	7 / 7
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	64,6 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -
Kommentar Geschäftsstelle	Eine Angabe zur Entwicklung ist methodisch hier nicht möglich.

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
Kennzahlbezeichnung	Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Zähler / Nenner	47 / 50
Ergebnis (Einheit)	94,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	83,8 - 97,9%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -
Kommentar Geschäftsstelle	Eine Angabe zur Entwicklung ist methodisch hier nicht möglich.

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB-65-Score = 0)
Kennzahlbezeichnung	Frühes Mobilisieren von Patienten mit geringem Risiko innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,2%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 -
Kommentar Geschäftsstelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind. Eine Angabe zur Entwicklung ist methodisch hier nicht möglich.

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Score = 1 oder 2)
Kennzahlbezeichnung	Frühes Mobilisieren von Patienten mit mittlerem Risiko innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme
Zähler / Nenner	42 / 42
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,5%
Vertrauensbereich	91,6 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Verlaufskontrolle CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Fortlaufende Kontrolle der Lungenentzündung mittels Erhebung von Laborwerten (CRP oder PCT) während der ersten 5 Tage
Zähler / Nenner	52 / 52
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	93,1 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -
Kommentar Geschäftsstelle	Eine Angabe zur Entwicklung ist methodisch hier nicht möglich.

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)
Kennzahlbezeichnung	Prüfen der Diagnosestellung und Behandlung bei Patienten mit mittlerem Risiko
Zähler / Nenner	7 / 7
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	64,6 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -
Kommentar Geschäftsstelle	Eine Angabe zur Entwicklung ist methodisch hier nicht möglich.

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)
Kennzahlbezeichnung	Prüfen der Diagnosestellung und Behandlung bei Patienten mit hohem Risiko
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 -
Kommentar Geschäftsstelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind. Eine Angabe zur Entwicklung ist methodisch hier nicht möglich.

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Kennzahlbezeichnung	Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung
Zähler / Nenner	22 / 23
Ergebnis (Einheit)	95,7%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	79,0 - 99,2%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Kennzahlbezeichnung	Ausreichender Gesundheitszustand nach bestimmten Kriterien bei Entlassung
Zähler / Nenner	22 / 22
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,0\%$
Vertrauensbereich	85,1 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -
Kommentar Geschäftsstelle	Eine Angabe zur Entwicklung ist methodisch hier nicht möglich.

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	4 / 53
Ergebnis (Einheit)	7,5%
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 14,4\%$
Vertrauensbereich	3,0 - 17,9%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -
Kommentar Geschäftsstelle	Eine Angabe zur Entwicklung ist methodisch hier nicht möglich.

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	0,7
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,3 - 1,6
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -
Kommentar Geschäftsstelle	Eine Angabe zur Entwicklung ist methodisch hier nicht möglich.

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit niedrigem Risiko
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,8%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 -
Kommentar Geschäftsstelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind. Eine Angabe zur Entwicklung ist methodisch hier nicht möglich.

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 bis 2)
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit mittlerem Risiko
Zähler / Nenner	4 / 49
Ergebnis (Einheit)	8,2%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15,2%
Vertrauensbereich	3,2 - 19,2%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 bis 4)
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit hohem Risiko
Zähler / Nenner	0 / 4
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 40,9%
Vertrauensbereich	0,0 - 49,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus
Zähler / Nenner	98 / 101
Ergebnis (Einheit)	97,0%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 98,0\%$
Vertrauensbereich	91,6 - 99,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	H20 -
Kommentar Geschäftsstelle	Eine Angabe zur Entwicklung ist methodisch hier nicht möglich.

Übersicht Bewertung durch den Strukturierten Dialog gemäß QSKH-RL

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung
N	Bewertung nicht vorgesehen	01	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
		02	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
R	Ergebnis liegt im Referenzbereich	10	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
H	Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	20	Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
		31	Besondere klinische Situation
U	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig	32	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
		41	Hinweis auf Struktur- oder Prozessmängel
A	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig	42	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	50	Unvollständige oder falsche Dokumentation
		51	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
S	Sonstiges	90	Verzicht auf Maßnahmen im Strukturiertem Dialog
		91	Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

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

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

- **MRSA**
vollstationär
- **Schlaganfall: Akutbehandlung**
Vollstationär

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

Trifft nicht zu.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

Trifft nicht zu.

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

Trifft nicht zu.

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

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

D Qualitätsmanagement

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

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

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

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



Audits

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

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



Risikomanagement

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

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

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



Meinungsmanagement



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

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

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

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



Zertifizierungen

Wir nutzen Begehungen durch außenstehende Experten- sog. Zertifizierungen - dazu, die Wirksamkeit unseres Qualitätsmanagement-Systems überprüfen und weitere Verbesserungspotentiale aufzeigen zu lassen. 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. Die Erst-Zertifizierung erfolgte 2004, die Re-Zertifizierung 2007.

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

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

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



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



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



Ideenbörse

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



Befragung

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

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

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

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

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



Projektorganisation

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

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