



AGAPLESION
BETHANIEN KRANKENHAUS
HEIDELBERG

QUALITÄTSBERICHT 2015

Strukturierter Qualitätsbericht
gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V
für das Berichtsjahr 2015

Erstellt am 31.12.2016



Inhaltsverzeichnis

-	Einleitung	4
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	7
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	7
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	8
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus.....	8
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie.....	8
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	11
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	12
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	12
A-9	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus.....	13
A-10	Gesamtfallzahlen	13
A-11	Personal des Krankenhauses	14
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	27
A-13	Besondere apparative Ausstattung.....	38
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	39
B-1	Geriatric	39
C	Qualitätssicherung	53
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	53
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V (a.F.)	63
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V (a.F.)	63
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	63
C-5	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V	63



C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (a.F.)	63
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V (a.F.).....	64
D	Qualitätsmanagement.....	65

- Einleitung

Strukturierter Qualitätsbericht

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

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



*Abb. 1: Maren Sohn
Qualitätsmanagement-Beauftragte*

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Funktion: Geschäftsführung seit 1.1.2016
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Claudia Fremder
Telefon: 06221/319-1601
Fax: 06221/319-1605
E-Mail: claudia.fremder@bethanien-heidelberg.de



*Abb. 2: Dr. Claudia Fremder
Geschäftsführerin*

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

Frankfurt am Main, im Dezember 2016

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir arbeiten für Menschen und darum kommt der Qualität unserer Arbeit eine ganz besondere Rolle zu. Denn diese Qualität hat unmittelbare und existenzielle Auswirkungen auf das körperliche und seelische Wohlbefinden unserer Patienten und Bewohner.

Die Qualitätspolitik ist daher zentraler Bestandteil unserer strategischen Ausrichtung und Unternehmenskultur. Ein zentraler Dienst „Qualitätsmanagement“ unterstützt unsere über 100 Einrichtungen bei der Umsetzung von Qualitätsmanagementsystemen und den entsprechenden Richtlinien. Über 30 Qualitätsmanagementbeauftragte gibt es in unseren Einrichtungen. Darüber hinaus sind ca. 135 Mitarbeitende als AGAPLESION Auditoren geschult, um die Einhaltung von Qualitätsrichtlinien zu überprüfen und bei der Umsetzung kollegial zu unterstützen. Im Jahr 2015 wurden über 100 AGAPLESION übergreifende Audits durchgeführt. Dazu kommen zahlreiche interne Audits, die die Einrichtungen zur Qualitätsverbesserung einsetzen.

Jeweils sechs zentrale Maßnahmen, unsere Sixpacks zur „Patientensicherheit“ und „Hygiene“, hat AGAPLESION als Mindeststandard definiert und in allen Einrichtungen umgesetzt. Sie wurden von der AGAPLESION Lenkungsgruppe Qualitätspolitik zusammen mit den Spezialisten der Lenkungsgruppe Risikomanagement sowie der AGAPLESION HYGIENE, Institut für Hygiene und Umweltmedizin zum Beginn des Jahres 2015 entwickelt.

Darüber hinaus sind in unseren Krankenhäusern über 100 medizinische Zentren fachspezifisch zertifiziert. Hinter jeder einzelnen Zertifizierung stehen Prozesse der systematischen Einführung, der Umsetzung und Aufrechterhaltung von Qualitätsvorgaben.

Doch am Ende geht es immer darum, eine Qualitätspolitik mit Leben zu erfüllen und sie in der täglichen Arbeit umzusetzen. Wir sind stolz darauf, dass sich unsere Mitarbeitenden im Konzern, egal in welchem Beruf oder in welcher Funktion, diesem Ziel verpflichtet sehen.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Markus Horneber
Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG



Jörg Marx
Vorstand
AGAPLESION gAG

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

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



Unsere Bereiche umfassen:

1. Akutgeriatric (97 Betten, hiervon 9 Betten palliativmedizinische Geriatric, 14 Betten Geriatric Internistische Station für akut erkrankte Demenzpatienten, 17 Betten Schlaganfallversorgung, 4 Überwachungsbetten)
2. Stationäre geriatric Rehabilitation (66 Betten)
3. Ambulante geriatric Rehabilitation (10 Plätze)

Abb. 3: Hier sehen Sie das AGAPLESION BETHANIE KRAKENHAUS HEIDELBERG

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

Bereits 2002 wurde im AGAPLESION BETHANIE KRAKENHAUS HEIDELBERG ein Qualitätsmanagementsystem eingeführt. Qualitätsmanagement (QM) bedeutet, dass alle Bereiche in der Klinik – von der ärztlichen und pflegerischen Behandlung bis zur Verwaltung – begutachtet, regelmäßig kontrolliert und die Umsetzung anhand messbarer Kriterien kontinuierlich überprüft werden. 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 2015. 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 Dr. med. Claudia Fremder, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Heidelberg, im Dezember 2016

Dr. med. Claudia Fremder
Geschäftsführerin
AGAPLESION BETHANIE KRAKENHAUS HEIDELBERG

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus

Krankenhausname: AGAPLESION BETHANINIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG

Hausanschrift: Rohrbacher Straße 149
69126 Heidelberg

Institutionskennzeichen: 260822231

Standortnummer: 00

Telefon: 06221/319-0
Fax: 06221/319-1435

URL: <http://www.bethanien-heidelberg.de>

Ärztliche Leitung

Funktion: Chefärztin Akutgeriatrie
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Tania Zieschang
Telefon: 06221/319-1500
Fax: 06221/319-1505
E-Mail: tzieschang@bethanien-heidelberg.de



*Abb. 4: Dr. Tania Zieschang
Chefärztin Akutgeriatrie*

Pflegedienstleitung

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



*Abb. 5: Margit Müller
Pflegedirektorin*

Verwaltungsleitung

Funktion: Geschäftsführung seit 1.1.2016
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Claudia Fremder
Telefon: 06221/319-1601
Fax: 06221/319-1605
E-Mail: claudia.fremder@bethanien-heidelberg.de



*Abb. 6: Dr. Claudia Fremder
Geschäftsführerin*

Funktion: Verwaltungsdirektor
Titel, Vorname, Name: Rainer Frischmann
Telefon: 06221/319-1601
Fax: 06221/319-1605
E-Mail: rfrischmann@bethanien-heidelberg.de



*Abb. 7: Rainer Frischmann
Verwaltungsdirektor*

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name: AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG gemeinnützige GmbH
Art: Freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Lehrkrankenhaus: Ja
Universität: Klinikum der Universität Heidelberg

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

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

Psychiatrisches Krankenhaus: Nein
Regionale Versorgungsverpflichtung: Nein

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	Individuelle Angehörigenberatung, sozialrechtliche Beratung durch Sozialdienst, Seminarangebote bei der kooperierenden Akademie im Haus
MP53	Aromapflege/-therapie	Auf unserer Palliativ- und Schlaganfallstation ergänzen Expertinnen für Aromapflege (Primavera®) die Pflege und Behandlung der Patienten gemäß unserem Aromapflege-Konzept.
MP04	Atemgymnastik/-therapie	Erfolgt regelmäßig durch ausgebildete Physiotherapeuten
MP06	Basale Stimulation	Durch Mitarbeiter der Ergotherapie, insbesondere bei Patienten in einer Palliativsituation und bei Menschen mit Demenz
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Palliativbereich, Abschiedsraum, Mitarbeiter mit Palliativweiterbildung, Abschiedsgottesdienst für Angehörige einmal im Quartal, Beileidsbrief an die Angehörige aller verstorbenen Patienten
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	Bei neurologischen Patienten durch ausgebildete Therapeuten und Pflegekräfte
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Bei Diabetes, Unter- und Überernährung
MP15	Entlassungsmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	Entlassmanagement; Unsere Klinik setzt in Zusammenarbeit mit der AOK das integrierte Versorgungsmodell „Geriatrisches Netzwerk zur Optimierung der medizinischen Versorgung im Alten- und Pflegeheim“ um (siehe A-12.4). Endgültiger Entlassbrief wird i.d.R. am Entlasstag an die Hausarztpraxis gefaxt.
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	Breites ergotherapeutisches Angebot insb. bei demenziell erkrankten Patienten der Schlaganfallstation. Alle Patienten der frührehabilitativen geriatrischen Komplexbehandlung werden ergotherapeutisch behandelt. Hilfsmittelberatung, -erprobung und -versorgung durch Mitarbeitende der Ergotherapie.
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/ Konzentrationstraining	Durch ausgebildete Ergotherapeutinnen
MP21	Kinästhetik	Durch ausgebildete Pflegekräfte
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	Die Beratung und Versorgung von Patienten mit Inkontinenz erfolgt durch die Mitarbeiterinnen der Stabstelle Kontinenzberatung, ausgewiesenen Pflegeexpertinnen für Kontinenzförderung.
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	Kunst- und Werktherapie wird bei Bedarf angeboten.
MP24	Manuelle Lymphdrainage	Durch ausgebildete Physiotherapeuten
MP25	Massage	Durch ausgebildete Physiotherapeuten
MP26	Medizinische Fußpflege	Wird bei Bedarf von externen Dienstleistern angeboten.
MP27	Musiktherapie	Die Musiktherapeutin ist im Demenz- und Palliativbereich eingesetzt.
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	Durch ausgebildete Physiotherapeuten

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	Durch ausgebildete Physiotherapeuten
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	Die Mehrzahl der Patienten erhält Physiotherapie in Einzeltherapie.
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	Seminarangebote bei der kooperierenden Akademie im Haus
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	Durch ausgebildete Physiotherapeuten
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst	
MP37	Schmerztherapie/-management	Interdisziplinär
MP63	Sozialdienst	Der Sozialdienst ist bei allen Patienten, die im Rahmen der frührehabilitativen Komplexbehandlung behandelt werden und beim Großteil der restlichen Patienten involviert. Beratung, Information und Unterstützung der Patienten/ ihrer Angehörigen; Hilfe bei Anträgen etc.
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Tag der offenen Tür, Aktion Saubere Hände, regelmäßige Vortragsreihe „Altersfragen“
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen	Zu allen geriatrischen Syndromen
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	Durch ausgebildete Ergotherapeutinnen
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen	Ernährungsberatung
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	Poststationäres Trainingsangebot durch REGE e.V.: Das Präventions- und Rehabilitationstraining für ältere Menschen wurde von Sportwissenschaftlern unseres Hauses entwickelt. Ziel ist es, im Alter die Mobilität und Kraft gezielt zu fördern.
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	Stimm-, Sprach- und Schlucktherapie durch unsere Mitarbeiter der Logopädie
MP45	Stomatherapie/-beratung	Die Beratung und Versorgung von Stomapatienten erfolgt durch unsere Pflegeexpertinnen für Kontinenzförderung.
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	Umfassende Hilfsmittelberatung, -erprobung und -verordnung durch Physio- und Ergotherapie
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	Im Rahmen der physikalischen Therapie
MP51	Wundmanagement	Wir haben Pflegekräfte als Wundexperten nach den Kriterien der ICW (Initiative Chronische Wunde) geschult.
MP68	Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege	Das Geriatrische Netzwerk zur Optimierung der medizinischen Versorgung im Alten- und Pflegeheim ist ein integriertes Versorgungsmodell, das wir in Zusammenarbeit mit der AOK umsetzen. Es hat zum Ziel, die medizinische und pflegerische Versorgung von Pflegeheimbewohnern nachhaltig zu verbessern.
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen	Spezielle Therapien auf neurophysiologischer Grundlage (WB): Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF), Bobath, Affolter, Vojta. Dysphagie Therapie mit orofazialer Stimulation

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

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

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

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Link	Kommentar
NM15	Internetanschluss am Bett/im Zimmer	Kosten pro Tag: 0 €		

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

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

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

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

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

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL09	Doktorandenbetreuung	Forschungsabteilung Prof. Dr. Hauer, Dr. Zieschang
FL01	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	Lehraufträge im Querschnittsfach Geriatrie der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien	Forschungsabteilung Prof. Dr. Hauer
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	Forschungsabteilung Prof. Dr. Hauer
FL03	Studentenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Als akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Heidelberg bilden wir Studierende im Praktischen Jahr und Famulaturen aus. Unterricht im Fach Geriatrie (Querschnittsbereich Q7) wird konzeptionell und inhaltlich vom AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG vertreten und durchgeführt.



Abb. 8: Halb Roboter, halb Rollator: Diese Gehhilfe der Zukunft wird im AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG unter der Leitung von Professor Klaus Hauer im Rahmen eines von der Europäischen Union finanzierten Forschungsprojektes mitentwickelt und getestet.

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

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

Außerdem sind wir eine praktische Ausbildungsstätte für die Altenpflege.

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Betten: 97

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl: 2050
Teilstationäre Fallzahl: 0
Ambulante Fallzahl: 0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

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

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 22,72

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	22,72	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	22,02	
Nicht Direkt	0,7	

Davon Fachärzte/innen insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 6,27

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,27	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,57	
Nicht Direkt	0,7	

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Davon Fachärzte/innen ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl: 0

A-11.2 Pflegepersonal

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

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 33,22

Kommentar: davon 0,70 Aushilfen

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	33,22	davon 0,70 Aushilfen
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	32,78	
Nicht Direkt	0,44	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0,28

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,28	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,28	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 25,28

Kommentar: davon 0,90 Aushilfen;
außerdem waren zusätzlich 0,75 Auszubildende zum/r Altenpfleger/-in (0,11VK pro Schüler) eingesetzt.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	25,28	davon 0,90 Aushilfen; Außerdem waren zusätzlich 0,75 Auszubildende zum/r Altenpfleger/-in (0,11VK pro Schüler) eingesetzt.
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	25,28	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 5,53

Kommentar: inkl. Altenpflegehelfer (Ausbildung 1 Jahr); davon 0,15 Aushilfe

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,53	inkl. Altenpflegehelfer (Ausbildung 1 Jahr); davon 0,15 Aushilfe
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,15	
Nicht Direkt	0,38	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0

Kommentar: Zusätzlich waren 5,98 Pflegehelfer ohne Qualifikation (davon 2,57 Aushilfen), 3,10 Stationshilfen sowie 2,00 Stationssekretärinnen im Einsatz.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	Zusätzlich waren 5,98 Pflegehelfer ohne Qualifikation (davon 2,57 Aushilfen), 3,10 Stationshilfen sowie 2,00 Stationssekretärinnen im Einsatz.
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP04 - Diätassistent und Diätassistentin

Anzahl Vollkräfte: 1,42

Kommentar: Mitarbeiter angestellt in der Bethanien Service und Wohnen GmbH

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,42	Mitarbeiter angestellt in der Bethanien Service und Wohnen GmbH
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,42	
Nicht Direkt	0	

SP05 - Ergotherapeut und Ergotherapeutin

Anzahl Vollkräfte: 3,54

Kommentar: davon 0,38 Altentherapeut

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,54	davon 0,38 Altentherapeut
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,54	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 2,81

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,81	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,81	
Nicht Direkt	0	

SP21 - Physiotherapeut und Physiotherapeutin

Anzahl Vollkräfte: 5,86

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,86	alle Physiotherapeuten sind Masseur
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,86	
Nicht Direkt	0	

SP23 - Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin

Anzahl Vollkräfte: 0,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,5	
Nicht Direkt	0	

SP25 - Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin

Anzahl Vollkräfte: 2,07

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,07	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,07	
Nicht Direkt	0	

SP27 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie

Anzahl Vollkräfte: 0,6

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,6	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,6	
Nicht Direkt	0	

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Anzahl Vollkräfte: 1,86

Kommentar: Fortbildung nach den Kriterien der ICW (Initiative Chronische Wunde)

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,86	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,86	
Nicht Direkt	0	

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Voita

Anzahl Vollkräfte: 13,98

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	13,98	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	13,98	
Nicht Direkt	0	

SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Anzahl Vollkräfte: 0,94

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,94	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,94	
Nicht Direkt	0	

SP56 - Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA)

Anzahl Vollkräfte: 0,75

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,75	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,75	
Nicht Direkt	0	

A-12 **Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung**

A-12.1 **Qualitätsmanagement**

A-12.1.1 **Verantwortliche Person**

Eine Ansprechperson für das Qualitätsmanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. Unter der Berücksichtigung der Bedürfnisse und Wünsche unserer Patienten, ihrer Angehörigen, unserer Kooperationspartner aber auch der einweisenden Ärzte und Mitarbeiter, hat das Qualitätsmanagement eine fortlaufende Weiterentwicklung und Verbesserung der Qualität in allen Bereichen zum Ziel. Dabei arbeitet die Qualitätsmanagementbeauftragte eng mit allen Mitarbeitenden und Führungskräften zusammen.

Funktion: QM-Beauftragte und stellvertr. Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name: Maren Sohn
Telefon: 06221/319-1780
Fax: 06221/319-1405
E-Mail: msohn@bethanien-heidelberg.de



*Abb. 9: Maren Sohn,
verantwortlich für das Qualitätsmanagement*

A-12.1.2 **Lenkungsgremium**

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche: Unser QM-Team setzt sich berufsgruppenübergreifend mit Vertretern aus der Verwaltung, dem ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Bereich zusammen. Das QM-Team wird von der QM-Beauftragten fachlich geleitet. Diese wiederum nimmt an den Betriebsleitungssitzungen teil.

Tagungsfrequenz des Gremiums: monatlich

A-12.2 **Klinisches Risikomanagement**

A-12.2.1 **Verantwortliche Person**

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

Angaben zur Person: Eigenständige Position für Risikomanagement

Funktion: Abteilungsleiterin Patientenmanagement und RMB
Titel, Vorname, Name: Helena Sommer
Telefon: 06221/319-1750
Fax: 06221/319-1685
E-Mail: hsommer@bethanien-heidelberg.de



*Abb. 10: Helena Sommer,
zuständig für das Patienten- und Risikomanagement*

A-12.2.2 **Lenkungsgremium**

Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe: Nein

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: AGAPLESION Risikomanagement Datum: 12.01.2016	Jährliche Bewertung des Managementsystems und des Risikomanagements durch die Betriebsleitung u.a. unter Berücksichtigung der für das Haus ausgemachten Risiken und der Vorgaben der DIN EN ISO 9001:2008. Außerdem gibt es u.a. Regelungen zu den Themen: Qualitätsmanagement, Patientensicherheit, Audits.
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		Vorgegebene Pflichtschulungen im Rahmen der Innerbetrieblichen Fortbildung; vielfältiges Angebot berufsgruppenspezifischer Fort- und Weiterbildungen, Schulungen im Dokumentenmanagementsystem roXtra, Auditschulungen etc.
RM03	Mitarbeiterbefragungen		Die Zufriedenheit unserer Mitarbeiter beeinflusst die Qualität unserer Einrichtung. Durch Mitarbeiterbefragungen haben alle Mitarbeiter eine weitere Möglichkeit sich aktiv einzubringen. Des Weiteren soll die Etablierung der sechs Kernwerte in den AGAPLESION Einrichtungen unterstützt werden.
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Name: Prozessbeschreibung Notfallmanagement Datum: 17.02.2015	Einmaliger Grundlagenkurs Notfallmanagement für alle Ärzte und Pflegekräfte; danach alle 2 Jahre Refresher-Training
RM05	Schmerzmanagement	Name: Prozessbeschreibung Schmerzmanagement Datum: 22.10.2013	Interdisziplinärer Standard auf Grundlage des Nationalen Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“
RM06	Sturzprophylaxe	Name: Pflegestandard Sturzprophylaxe Datum: 20.02.2015	Unter Berücksichtigung des Nationalen Expertenstandards „Sturzprophylaxe in der Pflege“
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Name: Pflegestandard Dekubitusprophylaxe Datum: 06.08.2014	Auf Grundlage des Nationalen Expertenstandards „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Name: Prozessbeschreibung Freiheitsentziehende Maßnahmen Datum: 23.02.2012	Überarbeitung des Standards erfolgt bis Ende 2016. Wir versuchen bei der Betreuung von Patienten weitestgehend auf freiheitsentziehende Maßnahmen zu verzichten.



Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Name: AGAPLESION Richtlinie Medizintechnik Datum: 03.09.2014	Auf allen Stationen sind geschulte stellvertretende beauftragte Personen gem. §5 MPBetreibV benannt. Der Ablauf im Umgang mit Funktionsausfällen bei Medizinprodukten ist geregelt. Die fachliche Betreuung für den Bereich Medizintechnik erfolgt durch eine Tochtergesellschaft des Konzerns.
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen Palliativbesprechungen Qualitätszirkel	Außerdem Durchführung von wöchentlichen fallbezogenen Teambesprechungen. Diese stellen das Kernstück geriatrischer Behandlung dar. Im interdisziplinären Informationsaustausch wird der Behandlungsprozess strukturiert und effizient auf den Patienten abgestimmt.
RM11	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe	Name: Prozessbeschreibung Medikamentenmanagement, Pflegestandard Umgang mit Betäubungsmitteln Datum: 13.01.2016	Die Medikamentenausgabe erfolgt unter Beachtung des 4-Augenprinzips. Ein Mitarbeiter richtet die Tabletten unter Berücksichtigung der „6R-Regel“. Der Kollege, der die Medikamente ausgibt, kontrolliert noch einmal die Tabletten bevor sie dem Patienten ausgegeben werden.
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		Um unsere Patienten in die Lage zu versetzen eine medizinische Situation soweit zu verstehen, dass sie in der Lage sind, bei einer fundierten Entscheidung über die einzuschlagende medizinische Vorgehensweise partnerschaftlich mitzuzentscheiden, setzen wir auf standardisierte Aufklärungsbögen.
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Name: Verfahrensweisung „Umgang mit dem Patienten-Identifikationsarmband“ Datum: 08.12.2015	Das Patienten-Identifikationsarmband dient während des gesamten Krankenhausaufenthaltes dazu, die Identität des Patienten bei allen Diagnose- und Behandlungsschritten festzustellen oder zu kontrollieren sowie das Risiko von Verwechslungen und deren Folgen zu vermeiden.
RM18	Entlassungsmanagement	Name: Prozessbeschreibung „Entlassmanagement“ inkl. mitgeltender Unterlagen Datum: 04.05.2013	Das Entlassmanagement soll eine reibungslose Entlassung und eine nahtlose Weiterversorgung der Patienten im nachstationären Setting sicherstellen.

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

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

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	12.01.2016
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	halbjährlich

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Übergreifendes Fehlermeldesystem:	Ja
Regelmäßige Bewertung:	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums:	Bei Bedarf

Nr.	Instrument und Maßnahme
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1	Betreuung durch AGAPLESION HYGIENE - Institut für Hygiene & Umweltmedizin
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	2	
Fachgesundheits- und Krankenpfleger und Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	1	Vertrag mit externem Dienstleister mit Zeitkontingent gemäß der gesetzlichen Vorgaben
Hygienebeauftragte in der Pflege	7	Hygienebeauftragte in der Pflege und Therapie (40 Unterrichtseinheiten à 45 min)

Hygienekommission eingerichtet: Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums: halbjährlich

Hygienekommission Vorsitzender

Funktion: kommissarische Ärztliche Direktorin seit 1.1.2015
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Tania Zieschang
Telefon: 06221/319-1500
Fax: 06221/319-1505
E-Mail: chefarztsekretariat@bethanien-heidelberg.de



*Abb. 11: Dr. Tania Zieschang,
Vorsitzende der Hygienekommission*

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor.

Der Standard thematisiert insbesondere

- | | |
|--|----|
| a) Hygienische Händedesinfektion: | Ja |
| b) Adäquate Hautdesinfektion der Kathetereinstichstelle: | Ja |
| c) Beachtung der Einwirkzeit: | Ja |
| d) Weitere Hygienemaßnahmen: | |
| - sterile Handschuhe: | Ja |
| - steriler Kittel: | Ja |
| - Kopfhaube: | Ja |
| - Mund-Nasen-Schutz: | Ja |
| - steriles Abdecktuch: | Ja |

Standard durch Geschäftsführung/Hygienekom. autorisiert: Ja

2. Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern: Trifft nicht zu.

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt nicht vor.

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe: Trifft nicht zu.

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

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor.

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

- | | |
|--|------|
| a) Hygienische Händedesinfektion: | Ja |
| b) Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen: | Ja |
| c) Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden: | Ja |
| d) Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage: | Nein |
| e) Meldung/Dokumentation bei Verdacht auf postoper. Wundinfektion: | Nein |

Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert: Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben.

Händedesinfektionsmittelverbrauch:

- | | |
|---|-------|
| - auf allen Intensivstationen (ml/Patiententag): | 0 |
| - auf allen Allgemeinstationen (ml/Patiententag): | 50,00 |

Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs: Ja

In unserem Haus gibt es keine Intensivstation.

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

Standardisierte Information (MRSA) erfolgt z. B. durch Flyer MRSA-Netzwerke:	Ja
Informationsmanagement für MRSA liegt vor:	Ja
Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen):	Ja
Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren:	Ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

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



Abb. 12: Dieses farbige Händebild entstand am Aktionstag „Saubere Hände“.

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

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

Regelmäßige Einweiserbefragungen

Durchgeführt: 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.

Regelmäßige Patientenbefragungen

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

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

Durchgeführt: Ja
Link: <http://www.bethanien-heidelberg.de/Meinungsmanagement.5728.0.html>
Kommentar: Vertraulichkeit hat bei uns einen hohen Stellenwert. Die „Angaben zur Person“ auf dem Meinungsbogen sind freiwillig. Somit kann die Abgabe auch anonym erfolgen. Eine anonyme Meinungsäußerung ist auch über die Eingabeseite unserer Homepage möglich.

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

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



*Abb. 13: Maren Sohn,
Beauftragte für Meinungsmanagement*

Funktion: Meinungsmanagement
Titel, Vorname, Name: Beate Yurteri
Telefon: 06221/319-1401
Fax: 06221/319-1405
E-Mail: IhreMeinung@bethanien-heidelberg.de



*Abb. 14: Beate Yurteri,
nimmt Lob und Beschwerden entgegen*

Zusatzinformationen für das Beschwerdemanagement

Link zum Bericht: <http://www.bethanien-heidelberg.de/fileadmin/bkhheidelberg/PDF/QB2013.pdf>
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

Funktion: Patientenfürsprecher
Titel, Vorname, Name: Walter Spies
Telefon: 06221/319-0
E-Mail: info@bethanien-heidelberg.de



Abb. 15: Patientenfürsprecher Walter Spies hat immer ein offenes Ohr für die Patienten.

Zusatzinformationen Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

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

A-13 Besondere apparative Ausstattung

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

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-1 Geriatrie

B-1.1 Allgemeine Angaben – Geriatrie

Fachabteilung:	Geriatrie
Fachabteilungsschlüssel:	0200 3752
Art:	Hauptabteilung
Chefarzt/-Ärzte	
Funktion:	Chefärztin Akutgeriatrie
Titel, Vorname, Name:	Dr. med. Tania Zieschang
Telefon:	06221/319-1500
Fax:	06221/319-1505
E-Mail:	tzieschang@bethanien-heidelberg.de



*Abb. 16: Chefärztin der Akutgeriatrie:
Dr. Tania Zieschang*

Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Rohrbacher Str. 149	69126 Heidelberg	http://www.bethanien-heidelberg.de

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Zielvereinbarung gemäß DKG:	Keine Vereinbarung geschlossen
------------------------------------	--------------------------------

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote – Geriatrie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Geriatrie	Kommentar
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	Konservative Diagnostik und Therapie
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	In Kooperation mit der radiologischen Praxis im Haus
VR10	Computertomographie (CT), nativ	In Kooperation mit der radiologischen Praxis im Haus
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	In Kooperation mit der radiologischen Praxis im Haus.
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	Konservative Diagnostik und Therapie
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden	
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems	Konservative Diagnostik und Therapie
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	Konservative Diagnostik und Therapie
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	Konservative Diagnostik und Therapie
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	Konservative Diagnostik und Therapie
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	Konservative Diagnostik und Therapie
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	Konservative Diagnostik und Therapie
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen	Konservative Diagnostik und Therapie
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	Schwerpunkt-Krankenhaus bzw. Geriatriisches Zentrum
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	Als spezialisierte Einrichtung
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	Unsere „Geriatrische Internistische Station für akut erkrankte Demenzpatienten“ ist eine spezialisierte Behandlungseinheit für Patienten, die an Demenz oder Verwirrheitszuständen leiden. Konsildienst mit Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns	Konservative Diagnostik und Therapie
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	Konservative Diagnostik und Therapie
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	Konservative Diagnostik und Therapie
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	Konservative Diagnostik und Therapie
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	Konservative Diagnostik und Therapie



Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Geriatrie	Kommentar
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	Konservative Diagnostik und Therapie
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane	
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln	
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus	Konservative Diagnostik und Therapie
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	Konservative Diagnostik und Therapie
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	Konservative Diagnostik und Therapie
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns	Konservative Diagnostik und Therapie
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	Konservative Diagnostik und Therapie
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	Konservative Diagnostik und Therapie
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems	Konservative Diagnostik und Therapie
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	Oberärztin mit Facharzt Psychiatrie
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	Konservative Diagnostik und Therapie
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters	
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems	
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	
VU07	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems	
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes	
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien	
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen	Konservative Diagnostik und Therapie
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes	
VU01	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenerkrankungen	
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane	
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis	



Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Geriatrie	Kommentar
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen	Konservative Diagnostik und Therapie
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	Konservative Diagnostik und Therapie
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	Schwerpunkt neurodegenerative Erkrankungen
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	
VI35	Endoskopie	Schluckendoskopie (FEES)
VX00	Gesundheitszentrum Bethanien	Das Gesundheitszentrum befindet sich in unserem Haus. Untergebracht sind u.a. verschiedene Arztpraxen und ein ambulantes Therapiezentrum. So erreichen wir eine optimale Verzahnung von ambulanten und stationären Dienstleistungen. Gerade für unsere älteren Patienten ist dies von großem Vorteil.
VI00	Geriatrisches Zentrum (Altersmedizin)	
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	In Kooperation mit der radiologischen Praxis im Haus
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	In Kooperation mit der radiologischen Praxis im Haus
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	In Kooperation mit der radiologischen Praxis im Haus
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	In Kooperation mit der radiologischen Praxis im Haus
VR02	Native Sonographie	
VU09	Neuro-Urologie	
VI38	Palliativmedizin	Abteilung für palliativmedizinische Therapie
VI39	Physikalische Therapie	Abteilung für physikalische Therapie
VI40	Schmerztherapie	
VN23	Schmerztherapie	
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie	
VI27	Spezialsprechstunde	Kontinenz, Dysphagie
VU14	Spezialsprechstunde	Kontinenzberatung
VI42	Transfusionsmedizin	
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	

B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit – Geriatrie

Nr.	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Geriatrie	Kommentar
BF15	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	Die Geriatrich Internistische Station für akut erkrankte Demenzpatienten (GISAD) wurde in unserem Haus entwickelt und 2004 im Rahmen eines Modellprojektes als eine der ersten dieser Art eröffnet. Sie dient Patienten mit herausforderndem Verhalten als „geschützter Bereich“.
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	Die Fremdsprachenkenntnisse unserer Mitarbeiter sind transparent aufgelistet und können bei Bedarf in Anspruch genommen werden. Zur Unterstützung der Aufklärung von und der Kommunikation mit türkischen und russischen Patienten kommt eine mit Piktogrammen hinterlegte Übersetzungshilfe zum Einsatz.
BF11	Besondere personelle Unterstützung	Begleitung der Patienten zu Therapie und Diagnostik
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	Die Geriatrich Internistische Station für akut erkrankte Demenzpatienten (GISAD) ist eine spezialisierte Behandlungseinheit für Patienten, die an Demenz oder Verwirrheitszuständen leiden. Zusätzlich zu den Therapieeinheiten finden hier tagesstrukturierende Angebote durch Präsenzkkräfte statt.
BF24	Diätetische Angebote	Allergien, Dysphagien sowie der Ernährungszustand unserer Patienten werden beim Speisenangebot berücksichtigt.
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)	Niedrigflurbetten für Patienten mit geringer Körpergröße und/oder Sturzgefährdung, elektrisch verstellbare Betten, Bettverlängerung bei Patienten mit „Übergröße“
BF21	Hilfsgерäte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter	
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe	Rollstühle mit Überbreite
BF28	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen	
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	CT bis 270 kg in Kooperation mit radiologischer Praxis
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten	Blutdruckmanschetten mit Übergröße

Nr.	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Geriatrie	Kommentar
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette	
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.	

B-1.5 Fallzahlen – Geriatrie

Vollstationäre Fallzahl: 2050
Teilstationäre Fallzahl: 0

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I63	258	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt
2	F05	175	Verwirrheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt
3	I50	156	Herzschwäche
4	J18	143	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
5	S72	98	Knochenbruch des Oberschenkels
6	J69	80	Lungenentzündung durch Einatmen fester oder flüssiger Substanzen, z.B. Nahrung oder Blut
7	E86	57	Flüssigkeitsmangel
8	I61	46	Schlaganfall durch Blutung innerhalb des Gehirns
9	S32	43	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens
10	N39	42	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
11	I21	39	Akuter Herzinfarkt
12	E87	37	Sonstige Störung des Wasser- und Salzhaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts
13	S06	34	Verletzung des Schädelinneren
14	M80	32	Knochenbruch bei normaler Belastung aufgrund einer Verminderung der Knochendichte - Osteoporose
15	G40	24	Anfallsleiden - Epilepsie

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-550	888	Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) erkrankter älterer Menschen
2	9-200	714	Hochaufwändige Pflege von Erwachsenen
3	8-930	247	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
4	8-982	207	Fachübergreifende Sterbebegleitung
5	3-200	180	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
6	8-800	71	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
7	1-632	43	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
8	5-431	24	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung
9	3-203	19	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel
10	1-440	17	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung
11	1-613	17	Bewertung des Schluckens mit Hilfe eines schlauchförmigen Instrumentes, an dessen Ende eine Kamera installiert ist (Endoskop)
12	8-132	17	Spülung oder Gabe von Medikamenten in die Harnblase
13	3-220	14	Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel
14	3-225	13	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel
15	3-802	13	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (a.F.)

Trifft nicht zu.

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 22,72

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	22,72	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	22,02	
Nicht Direkt	0,7	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 90,22887

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 6,27

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,27	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,57	
Nicht Direkt	0,7	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 326,95375

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

Anzahl: 0

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF09	Geriatric	Weiterbildungsbefugnis
ZF30	Palliativmedizin	Weiterbildungsbefugnis
ZF28	Notfallmedizin	

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 33,22

Kommentar: davon 0,70 Aushilfen

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	33,22	davon 0,70 Aushilfen
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	32,78	
Nicht Direkt	0,44	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 61,70981

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,28

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,28	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,28	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 7321,42857

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 25,28

Kommentar: davon 0,90 Aushilfen;
Außerdem waren zusätzlich 0,75 Auszubildende zum/r Altenpfleger/in (0,11VK pro Schüler) eingesetzt.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	25,28	davon 0,90 Aushilfen; Außerdem waren zusätzlich 0,75 Auszubildende zum/r Altenpfleger/in (0,11VK pro Schüler) eingesetzt.
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	25,28	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 81,09177

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 5,53

Kommentar: inkl. Altenpflegehelfer (Ausbildung 1 Jahr); davon 0,15 Aushilfe

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,53	inkl. Altenpflegehelfer (Ausbildung 1 Jahr); davon 0,15 Aushilfe
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,15	
Nicht Direkt	0,38	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 370,70524

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Kommentar: Zusätzlich waren 5,98 Pflegehelfer ohne Qualifikation (davon 2,57Aushilfen), 3,10 Stationshilfen sowie 2,00 Stationssekretärinnen im Einsatz.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	Zusätzlich waren 5,98 Pflegehelfer ohne Qualifikation (davon 2,57Aushilfen), 3,10 Stationshilfen sowie 2,00 Stationssekretärinnen im Einsatz.
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ02	Diplom	Eine promovierte Pflegewissenschaftlerin (Dr. phil.) bekleidet die Stabstelle PKMS. Die Stabstelle Kontinenzberatung ist u.a. durch eine Diplom-Pflegepädagogin (FH) besetzt.
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie	Wir haben Pflegefachkräfte mit Qualifizierung im Intermediate Care Bereich (IMC).
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	Die Stationsleitungen unserer geriatrischen Akutstationen verfügen alle über die Weiterbildung „Leitung einer Stationseinheit“.
PQ10	Psychiatrische Pflege	Eine Pflegekraft besitzt die Weiterbildung zur „Pflegefachkraft für Gerontopsychiatrie“.

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP01	Basale Stimulation	Im Rahmen der geriatricspezifischen Weiterbildung „Führerschein Geriatrie“ ist der Grundkurs Basale Stimulation (2 Tage) integriert. Diesen haben neun unserer Pflegefachkräfte erfolgreich absolviert.
ZP18	Dekubitusmanagement	Die Wund- und Dekubitusversorgung erfolgt durch unsere Wundexperten. Pflichtfortbildungen zum Thema Dekubitusprophylaxe sind Bestandteil unseres IBF-Programms.
ZP06	Ernährungsmanagement	
ZP07	Geriatrie	Neun unserer Mitarbeiter besitzen die Zusatzqualifikation „Führerschein Geriatrie“.
ZP08	Kinästhetik	Zehn unserer Pflegefachkräfte verfügen über Grundlagen- und fortgeschrittene Kenntnisse.
ZP09	Kontinenzmanagement	Die Beratung und Versorgung von Patienten mit Kontinenzproblemen sowie von Stomapatienten erfolgt durch unsere Pflegeexpertinnen für Kontinenzförderung (Stabstelle Pflegefachbereich Kontinenzberatung).
ZP20	Palliative Care	178 Mitarbeiter besitzen die Zusatzqualifikation Palliative Care. Außerdem arbeiten in unserer Palliativeinheit geschulte Aromaexpertinnen (Pflege).
ZP12	Praxisanleitung	In unserer Akutgeriatrie arbeiten zehn ausgebildete Praxisanleiter.
ZP13	Qualitätsmanagement	Eine unserer Stationsleitungen ist Mitglied des Qualitätsmanagement-Teams.
ZP21	Rehabilitation	In unserem Haus ist eine geriatrische Rehabilitationsklinik ansässig.
ZP14	Schmerzmanagement	Im Curriculum der Weiterbildungen Palliative Care und des „Führerscheins Geriatrie“ sind Grundlagenkenntnisse zum Schmerzmanagement fester Bestandteil.
ZP15	Stomamanagement	Die Beratung und Versorgung von Stomapatienten erfolgt durch unsere Pflegeexpertinnen für Kontinenzförderung. Fortbildungen zu Thema Stomaversorgung sind Bestandteil unseres IBF-Programms.
ZP19	Sturzmanagement	Das Thema Sturzprävention ist fester Bestandteil unseres IBF-Programms und unserer wöchentlichen Kurzfortbildungsreihe. Zudem wird die Thematik in der Weiterbildung „Führerschein Geriatrie“ umfassend unterrichtet.
ZP16	Wundmanagement	Unsere Wundexperten haben die Fortbildung nach den Kriterien der ICW (Initiative Chronische Wunde).
ZP02	Bobath	Elf unserer Pflegekräfte verfügen über den zweiwöchigen Bobathkurs für Pflegende.

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

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an 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

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	113	100,0	
Geburtshilfe (16/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacherversorgung; Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacherversorgung; Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung: Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (HEP_WE)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Karotis-Revaskularisation (10/2)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen (KEP_IMP)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesenwechsel und –komponentenwechsel (KEP_WE)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Koronarangiographie u. Perkutane Koronarintervention(PCI) (21/3)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Mammachirurgie (18/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Neonatologie (NEO)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	192	100,0	
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH) ¹			In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Aortenklappenchirurgie, isoliert (HCH)			In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Koronarchirurgie, isoliert (HCH)			In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation (HCH_AORT_KATH_ENDO)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation (HCH_AORT_KATH_TRAPI)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

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

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

²In den Leistungsbereichen Nierentransplantation und Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.

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)	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
Grundgesamtheit	113
Beobachtete Ereignisse	102
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	90,27%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	98,12 - 98,22%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	U33 - Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)

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)
Grundgesamtheit	93
Beobachtete Ereignisse	86
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	92,47%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	98,20 - 98,30%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

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)
Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	16
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	80,00%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	95,79 - 96,50%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
Kennzahlbezeichnung	Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Grundgesamtheit	62
Beobachtete Ereignisse	56
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	90,32%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00\%$
Vertrauensbereich	95,47 - 95,63%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

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
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	97,18 - 97,50%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Kommentar Geschäftsstelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

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
Grundgesamtheit	49
Beobachtete Ereignisse	49
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich	93,13 - 93,40%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB) Qualitätsindikator (QI)	Ambulant erworbene Pneumonie Verlaufskontrolle des 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
Grundgesamtheit	72
Beobachtete Ereignisse	72
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	98,68 - 98,78%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB) Qualitätsindikator (QI)	Ambulant erworbene Pneumonie Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Kennzahlbezeichnung	Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung
Grundgesamtheit	27
Beobachtete Ereignisse	26
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	96,30%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	95,10 - 95,29%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB) Qualitätsindikator (QI)	Ambulant erworbene Pneumonie Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Kennzahlbezeichnung	Ausreichender Gesundheitszustand nach bestimmten Kriterien bei Entlassung
Grundgesamtheit	26
Beobachtete Ereignisse	24
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	92,31%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	97,76 - 97,90%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	H20 - Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Grundgesamtheit	113
Beobachtete Ereignisse	28
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	24,78%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	13,12 - 13,37%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

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
Grundgesamtheit	113
Beobachtete Ereignisse	28
Erwartete Ereignisse	20,12
Ergebnis (Einheit)	1,39
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 1,58$
Vertrauensbereich	1,02 - 1,04
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

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
Grundgesamtheit	113
Beobachtete Ereignisse	106
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	93,81%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,00\%$
Vertrauensbereich	95,64 - 95,79%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	H20 - Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2
Kennzahlbezeichnung	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 2. Grades/der Kategorie 2 erwarben
Grundgesamtheit	2050
Beobachtete Ereignisse	16
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,78%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,32 - 0,33%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3 oder nicht näher bezeichnet
Kennzahlbezeichnung	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 3. Grades/der Kategorie 3 erwarben
Grundgesamtheit	< 4
Beobachtete Ereignisse	< 4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,06 - 0,07%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
Kennzahlbezeichnung	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür erwarben
Grundgesamtheit	2050
Beobachtete Ereignisse	18
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,88%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,39 - 0,40%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB) Qualitätsindikator (QI)	Pflege: Dekubitusprophylaxe Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
Kennzahlbezeichnung	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür erwarben - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Grundgesamtheit	2050
Beobachtete Ereignisse	18
Erwartete Ereignisse	12,67
Ergebnis (Einheit)	1,42
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,11$
Vertrauensbereich	0,98 - 0,99
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB) Qualitätsindikator (QI)	Pflege: Dekubitusprophylaxe Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Kennzahlbezeichnung	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 4. Grades/der Kategorie 4 erwarben
Grundgesamtheit	2050
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,01 - 0,01%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

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

Trifft nicht zu.

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V (a.F.)

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

Für Baden-Württemberg sind dabei die folgenden Leistungsbereiche relevant:

Leistungsbereich	Teilnahme
Schlaganfall: Akutbehandlung	Ja
MRSA	Ja

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

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 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (a.F.)

Trifft nicht zu.

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V (a.F.)

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen	7
1.1	Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 3]	1
1.1.1	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 2]	1

D Qualitätsmanagement

Qualitätsmanagement

Die Qualitätsanforderungen im Gesundheitswesen nehmen kontinuierlich zu. Hygiene und Patientensicherheit haben in den vergangenen zehn bis 20 Jahren ein außerordentliches Niveau erreicht. Das ist auch notwendig, denn die Entwicklung von Antibiotikaresistenzen bei Keimen, das gestiegene Durchschnittsalter stationärer Patienten und veränderte Krankheitsbilder müssen von entsprechenden Maßnahmen der Qualitätssicherung begleitet werden.

Umso erfreulicher belegte im September 2014 die im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses durchgeführte Studie des AQUA-Instituts, dass Qualität eine Kernkompetenz deutscher Krankenhäuser ist. In keinem anderen Bereich des Gesundheitswesens wird Qualität so umfassend kontrolliert und bewertet wie bei den Kliniken.

Die Qualitätspolitik von AGAPLESION orientiert sich an der DIN EN ISO 9001:2008 ff. Danach sind alle Prozesse als Führungs-, Kern- oder Unterstützungsprozesse definiert und im Qualitätsmanagementhandbuch für alle zugänglich abgelegt. Unsere Qualitätspolitik geht jedoch weit über die gesetzlich vorgeschriebene Umsetzung von Einzelmaßnahmen hinaus. Sie zielt darauf ab, die zahlreichen Instrumente der Qualitätssicherung systematisch miteinander zu verzahnen. In vielen Unternehmen ist die Verortung von Qualität in der Unternehmensplanung nicht definiert. Bei AGAPLESION ist sie dagegen Teil der strategischen Unternehmensplanung.

Ein Konzernverbund wie AGAPLESION hat die Möglichkeit, Fachleute aus verschiedenen Einrichtungen zusammenzubringen. Auf diese Weise können Qualitätsstandards umfassender und zielgerichteter entwickelt und umgesetzt werden, als das für einzelne, kleine Häuser überhaupt möglich ist. Die Lenkungsgruppe Qualitätspolitik hat Wesentliches dazu beigetragen, die AGAPLESION weite Qualitätspolitik kontinuierlich weiterzuentwickeln.

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



Audits

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

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

Auch ausgewählte Lieferanten und Dienstleister werden anhand von einheitlichen Maßstäben jährlich beurteilt und von dieser Bewertung in Kenntnis gesetzt. Die Ergebnisse zeigen die Stärken, aber auch die Schwächen der Lieferantenbeziehungen auf und dienen als Basis für konkrete Verbesserungsziele hinsichtlich ihrer Leistung.

Risikomanagement

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

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

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

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

- Einführung des Patientenarmbandes im stationären Bereich
- Standardisierung von Spritzenetiketten mit einer eindeutigen Kennzeichnung
- 4-Augen-Prinzip beim Stellen von Medikamenten
- Einführung einer Arzneimittel-Informationen-Software (AiDKlinik), die die verordnete Patientenmedikation automatisch u.a. auf mögliche Interaktionen mit anderen Arzneimitteln, nötige Dosisanpassungen bei Niereninsuffizienz und Doppelverordnungen prüft.
- Etablierung einer Hygienekonzeption und deren konsequente Schulung
- Bei jedem aufgenommenen Patienten Screening nach multiresistenten Erregern (MRE) mit dem Ziel, die mit MRE besiedelten Patienten frühestmöglich zu identifizieren. Bei Bedarf können somit über die Basishygiene hinausgehende Hygiene- und ggf. Dekolonisationsmaßnahmen eingeleitet werden, um einer Keimverbreitung entgegenzuwirken.

Die beschriebenen Maßnahmen sind auch in dem Film zur Patientensicherheit in unserem Internetauftritt zu sehen.

Zertifizierungen

Wir nutzen Begehungen durch außenstehende Experten, sogenannte Zertifizierungen, um die Wirksamkeit unseres Qualitätsmanagement-Systems zu überprüfen und weitere Verbesserungspotenziale aufzeigen zu lassen. Im Rahmen der Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2008 ff 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 als Nachweis einer guten Qualität und der kontinuierlichen Weiterverbesserung.

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



Abb. 17: pCC-zertifiziert nach DIN EN ISO 9001 : 2008



Abb. 18: Das RAL Gütesiegel steht für „Kompetenz richtig Essen“

Meinungsmanagement

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

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



Weiterführende Informationen zum Meinungsmanagement finden Sie unter A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement.

Ideen- und Innovationsmanagement

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

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

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

Befragung

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

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

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

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

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

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

Projektorganisation

Strukturierte Projektarbeit zählt als wichtiger Baustein zum Qualitätsmanagement. Das Projektmanagement unserer Einrichtung unterstützt die Bearbeitung komplexer Projekte, die verschiedenen Verantwortungsbereiche sowie bereichs- und berufsgruppenübergreifende Themen. Dabei durchläuft sie verschiedene Projektschritte. In Zusammenarbeit aller Beteiligten erfolgen die Erarbeitung von Lösungen, die Umsetzung sowie die Überprüfung des Projekterfolges.

Auch Erfahrungen aus den Projekten und die Frage: „Was könnte beim nächsten Mal besser laufen?“ helfen dabei, uns stetig weiterzuentwickeln und zu verbessern. In unserer Einrichtung sind bereits viele Projekte erfolgreich abgeschlossen. Dazu zählen unter anderem die zwei folgenden:

Standardisierung von Spritzenetiketten

In unserem Haus gehört die Sicherung und Steigerung der Patientensicherheit zum festen Bestandteil des Risikomanagements. Für Medikamente, die mit Spritzen verabreicht werden, gelten besondere Richtlinien. Es muss sichergestellt sein, dass der Inhalt der Spritze zweifelsfrei zu erkennen ist. Um die Verwechslungsgefahr zu verringern, werden Etiketten mit verschiedenen Farben eingesetzt. Bei einigen Medikamenten, die in unterschiedlichen Konzentrationen verfügbar sind, wird zudem die Konzentrationsangabe durch Zifferngrößen und Farben besonders hervorgehoben. Die Empfehlungen der Fachgesellschaften (DGAI und DIVI) werden umgesetzt.

Silberabzeichen „Aktion Saubere Hände“

Die Teilnahme an der „Aktion Saubere Hände“, zur Förderung der Händehygiene im Krankenhaus, ist ein weiterer Baustein zur Sicherung der Patientensicherheit. Die Projektdurchführung basierte auf dem multimodalen Interventionskonzept der WHO. Unser Haus hat sich verpflichtet die anerkannten Maßnahmen zur Händehygiene umzusetzen und weist diese dauerhaft nach. Ausgezeichnet wurde die erfolgreiche Umsetzung mit dem Silberzertifikat.