

K T Q - Q U A L I T Ä T S B E R I C H T

Krankenhaus: Bethesda Geriatrische Klinik Ulm gGmbH

Institutionskennzeichen: 260840233

**Anschrift: Zollernring 26
89073 Ulm**

**Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer: 2005 0014 K
durch die TÜV Arbeit und Gesundheit GmbH
KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle**

Datum der Ausstellung: 29.03.2005

Gültigkeitsdauer: 28.03.2008

Einleitung

Die Strukturdaten des - *Bethesda Geriatriische Klinik Ulm gGmbH*

Teil A: Allgemeine Merkmale

Teil B: Allgemeine Leistungsmerkmale

Teil C: Personalbereitstellung

Teil D: Ausstattung

Die KTQ-Kriterien beschrieben von der – *Bethesda Geriatriische Klinik Ulm gGmbH*

Patientenorientierung in der Krankenversorgung

Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

Sicherheit im Krankenhaus

Informationswesen

Krankenhausführung

Qualitätsmanagement

Vorwort der KTQ®

Die KTQ-Zertifizierung ist ein krankenhausspezifisches Zertifizierungsverfahren, das getragen wird von der Bundesärztekammer (BÄK), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem Deutschen Pflegerat (DPR) und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherungen¹. Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet. Die Verfahrensinhalte wurden ausschließlich von Krankenhauspraktikern entwickelt und erprobt.

Mit diesem Zertifizierungsverfahren bietet die KTQ® den Krankenhäusern ein Instrument an, mit dem sie die **Qualität ihrer Leistungen durch die Zertifizierung und den zu veröffentlichenden KTQ-Qualitätsbericht nach außen transparent darstellen können.**

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen, von Krankenhauspraktikern entwickelten Kriterien, die sich auf die **Patientenorientierung, die Mitarbeiterorientierung, die Sicherheit im Krankenhaus, das Informationswesen, die Krankenhausführung und das Qualitätsmanagement** beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt.

Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausexperten besetztes Visitorenteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den Visitoren gezielt hinterfragt und durch Begehungen einzelner Krankenhausbereiche überprüft.

¹ Zu diesen zählen: der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., der AOK-Bundesverband, der BKK Bundesverband, der IKK-Bundesverband, der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Bundesknappschaft, die See-Krankenkasse.

Auf Grund des positiven Ergebnisses der Selbst- und Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus - Bethesda Geriatriische Klinik Ulm gGmbH - das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Mit dem KTQ-Qualitätsbericht werden umfangreiche, durch die Fremdbewertung validierte Informationen über das betreffende Krankenhaus in standardisierter Form veröffentlicht.

Jedem KTQ-Qualitätsbericht ist ein Vorwort der KTQ-GmbH vorangestellt, darauf folgen eine Einleitung, in der drei bis vier innovative, patientenorientierte Leistungen beschrieben werden, die Strukturdaten sowie eine Beschreibung zu jedem der insgesamt 70 Kriterien des KTQ-Kataloges.

Wir freuen uns, dass das Krankenhaus – Bethesda Geriatriische Klinik Ulm gGmbH - mit diesem Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen - einen umfassenden Überblick hinsichtlich seines Leistungsspektrums, seiner Leistungsfähigkeit und seines Qualitätsmanagements vermitteln kann.

Der Qualitätsbericht ist auch auf der KTQ-Homepage unter www.ktq.de abrufbar.

Prof. Dr. F.-W. Kolkmann
Für die Bundesärztekammer

Dr. H. D. Scheinert
Für die Spitzenverbände
der Krankenkassen

Dr. M. Walger
Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

M.-L. Müller
Für den Deutschen Pflegerat

Einleitung

Die Bethesda Geriatriische Klinik Ulm gGmbH ist Akademisches Krankenhaus der Universität Ulm mit 90 Betten auf drei Stationen in der geriatrischen Akutklinik und 24 Behandlungsplätzen in der geriatrischen Tagesklinik. Rund 170 Mitarbeitende betreuen hier pro Jahr 1500 Patientinnen und Patienten nach modernsten Erkenntnissen der



Altersheilkunde. In der Therapie wird großer Wert auf die Erhaltung der verbliebenen Ressourcen gelegt: Beweglichkeit trainieren, Schmerzen lindern, soziale Integration fördern. Wichtige Schwerpunkte der Prävention und Therapie sind auch: Diabetes-Schulung und -Behandlung,

Sturzvermeidung, Ernährungsberatung und Kontinenzberatung.

Diagnose und Behandlung erfolgen im „**Therapeutischen Team**“: Ärzte, Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Musiktherapie, Logopädie, Seelsorge, Sozialarbeit, Ernährungs- und Diabetesberatung arbeiten interdisziplinär bei regelmäßigen Besprechungen zusammen. Nach einem ausführlichen geriatrischen Assessment ermittelt das Pflegeteam die individuellen Bedürfnisse der Patienten und plant dementsprechend eine professionell angepasste Pflege, die mit Fachwissen und persönlichem Engagement durchgeführt wird. Fortbildung und Weiterentwicklung der Qualitätsstandards werden durch umfangreiche innerbetriebliche Schulungen umgesetzt. Wert gelegt wird auch auf die Weiterbetreuung der Patienten nach der Entlassung – eine enge Verzahnung mit dem Sozialdienst und die Etablierung eines Überleitungsmanagements garantieren eine optimale Begleitung der Patienten auch über den Krankenhausaufenthalt hinaus.

Der **Klinikneubau** wurde 1998 eingeweiht und bietet optimale Voraussetzungen durch einen großzügigen Eingangsbereich mit Patientenaufnahme, moderne Therapieräume für Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Musiktherapie, eine ausführliche Funktionsdiagnostik mit Röntgen, Endoskopie, Sonographie, Lungenfunktionstest, EKG, Labor sowie einen Bereich für konsiliarärztliche Untersuchungen durch Zahn- und HNO-Ärzte; außerdem stehen ein Andachtsraum, die Cafeteria und eine Patientenbücherei zur Verfügung. Viele Fenster und große Glasfronten lassen Licht und Leben hinein in den geräumigen zentralen Innenraum, um den sich die drei Etagen mit den Patientenzimmern anordnen; aus den Zimmern gelangt man auf freie, offene Flure mit großen Aufenthaltsbereichen, die sich wie Balkone in dieses Herzstück des Gebäudes hineinstrecken.

Die Bethesda Geriatriische Klinik arbeitet im **Geriatrischen Zentrum Ulm/Alb-Donau** mit anderen klinischen Einrichtungen zusammen: interdisziplinäre Forschungsprojekte zur Altersheilkunde (z.B. Sturzprojekt), Aus-, Fort- und Weiterbildung der im



Gesundheitswesen tätigen Berufe, Informationen zu aktuellen Erkenntnissen der Altersmedizin und Altersforschung. Die Geschäftsführung des Geriatrischen Zentrums liegt bei der Bethesda Geriatriischen Klinik und wird von Chefarzt Dr. Dr. med. Andrej Zeyfang wahrgenommen. Vorsitzender des Lenkungsausschusses ist Prof. Dr. med. Thorsten Nikolaus, Medizinischer Geschäftsführer und Chefarzt der Bethesda Geriatriischen Klinik.

Geschichte

Die Bethesda Geriatriische Klinik Ulm gGmbH wurde 1912 gegründet als Einrichtung des Diakoniewerk Bethesda Wuppertal innerhalb der Evangelisch-methodistischen Kirche –



zunächst für Privatpflege durch Bethesda-Diakonissen, dann lange Zeit als Chirurgische Fachklinik. Bis 1991 war das Bethesda Ulm dann Belegkrankenhaus für Gynäkologie, Chirurgie, Innere Medizin und HNO. 1993 wurde mit dem Sozialministerium ein neuer Versorgungsauftrag als Fachklinik für Geriatrie vereinbart; der Klinikneubau wurde 1998 in Betrieb genommen.

Unser Leitbild

Das Motto von Bethesda lautet: „Bethesda – im Dienst für Menschen“. Im gemeinsamen Leitbild aller Bethesda-Einrichtungen wurden Konkretionen und Handlungsfelder formuliert für die Bereiche: „Das christliche Menschenbild“, „Ethik und verantwortliches Handeln“, „Menschen in den Einrichtungen“, „Struktur und Organisation“, „Information und Entscheidungsfindung“, „Wirtschaftlichkeit – Umgang mit Ressourcen“, „Bildung und

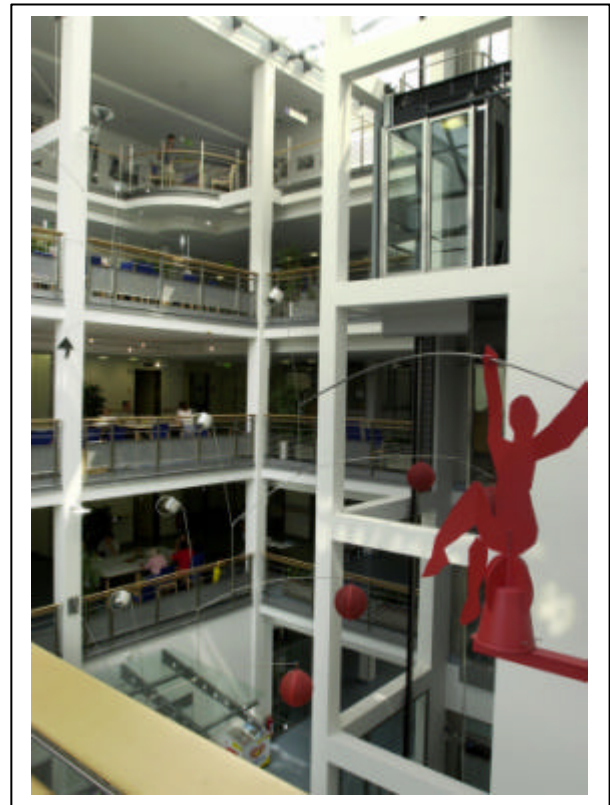


Entwicklung“, „Kommunikation“. Außerdem hat das Pflegeteam der Bethesda Geriatriischen Klinik Ulm gGmbH ein Pflegeleitbild entwickelt als Orientierung für die Gestaltung der Arbeit im Bereich Pflege; Grundlagen und Handlungsmaßstäbe werden unter folgenden Stichworten beschrieben: „Individuelle Bedürfnisse der Patienten“, „Aktivierung und Förderung“, „Pflegeanamnese“, „Geriatrisches Assessment“, „Beziehung und Kommunikation“, „gemeinsame Zielsetzung“, „Berührung und Bewegung“, „Überleitung“, „Wirtschaftlichkeit“, „Lernen“ und „Kunst der Führung“.

Das übereinstimmende Ziel aller Berufsgruppen in der Behandlung der Patientinnen und Patienten heißt: „Wir unterstützen ein selbstbestimmtes Leben im Alter.“

Übersicht

- Geriatrische Akutklinik: 90 Betten auf 3 Stationen
- Geriatrische Tagesklinik: 24 Behandlungsplätze
- Strukturierte, individuelle Behandlungspläne durch ausführliche Anamnese, Funktionsdiagnostik, Geriatrisches Assessment, Therapie, Pflegekonzepte
- Zusammenarbeit aller Berufsgruppen im Therapeutischen Team: Ärzte, Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Musiktherapie, Logopädie, Seelsorge, Sozialarbeit, Ernährungs- und Diabetesberatung
- Schwerpunkt: ganzheitliche, interdisziplinäre Behandlung geriatrischer Patienten, Prävention/Beratung, Förderung der Selbstständigkeit; Überleitungsgespräche für die Zeit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus
- Forschung und Fortbildung in Zusammenarbeit mit dem Geriatrischen Zentrum Ulm/Alb-Donau



Die Strukturdaten des - Bethesda Geriatriische Klinik Ulm gGmbH

Teil A: Allgemeine Merkmale

- A-1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses
- A-2 Allgemeine Merkmale der Fachabteilung

Teil B: Allgemeine Leistungsmerkmale

- B-1 Allgemeine Leistungsmerkmale des Krankenhauses
- B-2 Allgemeine Leistungsmerkmale der Fachabteilung

Teil C: Personalbereitstellung

- C-1 Personalbereitstellung im Krankenhaus
- C-2 Personalbereitstellung in der Fachabteilung
- C-3 Zulassungen

Teil D: Ausstattung

- D-1 Diagnostische Möglichkeiten im Krankenhaus
- D-2 Räumliche Ausstattung in den Fachabteilungen
- D-3 Ausstattung an medizinischen Geräten in der Fachabteilung

Teil A: Allgemeine Merkmale

A-1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses

- A-1.1 Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?
260840233
- A-1.2 Wie lautet der Name des Krankenhausträgers?
Diakoniewerk Bethesda Wuppertal gGmbH
- A-1.3 Welche Versorgungsstufe hat das Krankenhaus nach dem Landeskrankenhausplan?
Fachkrankenhaus
- A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?
 ja nein
- A-1.5 Arbeiten sonstige Einrichtungen mit dem Krankenhaus zusammen wie
- Rehabilitationsklinik?
 - Tagesklinik?
 - Pflegeeinrichtung?
 - Dialysezentrum?
 - Anerkannte Fort- und Weiterbildungseinrichtungen?
 - Arztpraxen?
 - Vertragliche Kooperationszentren (z. B. Apparatgemeinschaften)?
 - Sonstige?
- A-1.6 Gibt es an Ihrem Krankenhaus
- eine Krankenpflegeschule?
 - eine Kinderkrankenpflegeschule?
 - eine Krankenpflegehilfeschule?
- A-1.7 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V (Stichtag)
vollstationär: 90 Betten Akutklinik
teilstationär: 24 Betten Tagesklinik nach §111 SGB V
- A-1.8 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:
- | | |
|-----------------------|------|
| Stationäre Patienten: | 1272 |
| Tagesklinik | 200 |
| Ambulante Patienten: | 331 |
| Privatpatienten: | 163 |

A-2

Allgemeine Merkmale der Fachabteilung

	Matrix A-2	A-2.1	A-2.2	A-2.3	A-2.4	A-2.5
		Nicht bettenführ. Abt. mit fachl. n. weisungsge- bund. Leitung nb eintragen	Bettenzahl ¹	Hauptabt. (HA) oder Belegabt. (BA)	Poliklin- ik/ Ambul- anz ja (j) / nein (n)	Notfallauf- nahme vorhande- n? ja (j) / nein (n)
0100	Innere Medizin (I.M.)					
0102	I.M. Schwerpunkt (SP) Geriatrie					
0103	I.M. SP Kardiologie					
0104	I.M. SP Nephrologie					
0105	I.M. SP Hämatologie/internist. Onkologie					
0106	I.M. SP Endokrinologie					
0107	I.M. SP Gastroenterologie					
0108	I.M. SP Pneumologie					
0109	I.M. SP Rheumatologie					
0114	I.M. SP Lungen-/Bronchialheilkunde					
0150	I.M. Tumorforschung					
0151	I.M. SP Coloproktologie					
0152	I.M. SP Infektionskrankheiten					
0153	I.M. SP Diabetes					
0154	I.M. SP Naturheilkunde					
0156	I.M. SP Schlaganfallpatienten (Stroke units, Art. 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)					
0200	Geriatrie		90	HA	n	n
0224	Geriatrie/SP Frauenheilkunde					
0260	Tagesklinik (f. teilstat. Pflegesätze)		24	HA	n	n
0261	Nachtklinik (f. teilstat. Pflegesätze)					
0300	Kardiologie					
0400	Nephrologie					
0410	Nephrologie/SP Pädiatrie					
0436	Nephrologie/Intensivmedizin					
0500	Hämatologie/internist. Onkologie (Häm./i. Onko.)					
0510	Häm./i. Onko./SP Pädiatrie					
0524	Häm./i. Onko./SP Frauenheilkunde					
0533	Häm./i. Onko./SP Strahlenheilkunde					
0600	Endokrinologie					
0607	Endokrinologie/SP Gastroenterologie					
0610	Endokrinologie/SP Pädiatrie					
0700	Gastroenterologie					
0706	Gastroenterologie/SP Endokrinologie					
0710	Gastroenterologie/SP Pädiatrie					

¹ Bei Intensivmedizin getrennte Angabe der Betten nach Intensivstation/Wachstation.

	Matrix A-2	A-2.1	A-2.2	A-2.3	A-2.4	A-2.5
		Nicht bettenführ. Abt. mit fachl. n. weisungsgebund. Leitung nb eintragen	Bettenzahl ¹	Hauptabt. (HA) oder Belegabt. (BA)	Poliklinik / Ambulanz ja (j) / nein (n)	Notfallaufnahme vorhanden? Ja (j) / nein (n)
0800	Pneumologie					
0900	Rheumatologie					
0910	Rheumatologie/SP Pädiatrie					
1000	Pädiatrie (Päd.)					
1004	Päd./SP Nephrologie					
1005	Päd./SP Häm./i.Onko.					
1006	Päd./SP Endokrinologie					
1007	Päd./SP Gastroenterologie					
1009	Päd./SP Rheumatologie					
1011	Päd./SP Kinderkardiologie					
1012	Päd./SP Neonatologie					
1014	Päd./SP Lungen-/Bronchialheilkunde					
1028	Päd./SP Kinderneurologie					
1050	Päd./SP Perinatalmedizin					
1051	Langzeitbereich Kinder					
1100	Kinderkardiologie					
1136	Kinderkardiologie/SP Intensivmedizin					
1200	Neonatologie					
1300	Kinderchirurgie					
1400	Lungen- und Bronchialheilkunde					
1410	Lungen-/Bronchialheilkunde/SP Pädiatrie					
1500	Allgemeine Chirurgie					
1513	Allgemeine Chirurgie/SP Kinderchirurgie					
1516	Allgemeine Chirurgie/SP Unfallchirurgie					
1518	Allgemeine Chirurgie/SP Gefäßchirurgie					
1519	Allgemeine Chirurgie/SP Plastische Chirurgie					
1520	Allgemeine Chirurgie/SP Thoraxchirurgie					
1523	Chirurgie/SP Orthopädie					
1536	Allgemeine (A.) Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz)					
1550	A. Chirurgie/SP Abdominal-/Gefäßchirurgie					
1551	Allgemeine Chirurgie/SP Handchirurgie					
1600	Unfallchirurgie					
1700	Neurochirurgie					
1800	Gefäßchirurgie					
1900	Plastische Chirurgie					
2000	Thoraxchirurgie					
2021	Thoraxchirurgie/SP Herzchirurgie					
2036	Thoraxchirurgie/Intensivmedizin (Intensivm.)					
2050	Thoraxchirurgie/SP Herzchirurgie Intensivm.					

	Matrix A-2	A-2.1	A-2.2	A-2.3	A-2.4	A-2.5
		Nicht bettenführ. Abt. mit fachl. n. weisungsgebund. Leitung nb eintragen	Bettenzahl ¹	Hauptabt. (HA) oder Belegabt. (BA)	Poliklinik / Ambulanz ja (j) / nein (n)	Notfallaufnahme vorhanden? Ja (j) / nein (n)
2100	Herzchirurgie					
2120	Herzchirurgie/SP Thoraxchirurgie					
2136	Herzchirurgie/Intensivmedizin*					
2150	Herzchirurgie/SP Thoraxchirurgie Intensivm.					
2200	Urologie					
2300	Orthopädie					
2309	Orthopädie/SP Rheumatologie					
2315	Orthopädie/SP Chirurgie					
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe					
2402	Frauenheilkunde/SP Geriatrie					
2405	Frauenheilkunde/SP Hämatologie und internistische Onkologie.					
2406	Frauenheilkunde/SP Endokrinologie					
2425	Frauenheilkunde					
2500	Geburtshilfe					
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde (HNO)					
2700	Augenheilkunde					
2800	Neurologie					
2810	Neurologie/SP Pädiatrie					
2856	Neurologie/SP Schlaganfallpatienten (Stroke units, Art. 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)					
2900	Allgemeine Psychiatrie (Psy.)					
2928	Allgemeine Psychiatrie/SP Neurologie					
2930	Allgemeine Psychiatrie/SP Kinder-/Jugendpsy.					
2931	Allgemeine Psy./SP Psychosomatik/-therapie					
2950	Allgemeine Psy./SP Suchtbehandlung					
2951	Allgemeine Psy./SP Gerontopsychiatrie					
2952	Allgemeine Psy./SP Forensische Behandlung					
2960	A. Psy./Tagesklinik (f. teilstat. Pflegesätze)					
2961	A. Psy./Nachtklinik (f. teilstat. Pflegesätze)					
3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie (K.-/Jpsy.)					
3060	K-/Jpsy./Tagesklinik (f. teilstat. Pflegesätze)					
3061	K-/Jpsy./ Nachtklinik (f. teilstat. Pflegesätze)					
3100	Psychosomatik/Psychotherapie					
3200	Nuklearmedizin					
3233	Nuklearmedizin/SP Strahlenheilkunde					

	Matrix A-2	A-2.1	A-2.2	A-2.3	A-2.4	A-2.5
		Nicht bettenführ. Abt. mit fachl. n. weisungsgebund. Leitung nb eintragen	Bettenzahl ¹	Hauptabt. (HA) oder Belegabt. (BA)	Poliklinik / Ambulanz ja (j) / nein (n)	Notfallaufnahme vorhanden? Ja (j) / nein (n)
3300	Strahlenheilkunde (Strhk.)					
3305	Strhk./SP Häm./i. Onko.					
3350	Strhk./SP Radiologie					
3400	Dermatologie					
3460	Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)					
3500	Zahn-/Kieferheilkunde, Mund-/Kieferchirurgie					
3600	Intensivmedizin					
3601	Intensivmedizin/SP Innere Medizin					
3603	Intensivmedizin/SP Kardiologie					
3610	Intensivmedizin/SP Pädiatrie					
3617	Intensivmedizin/SP Nephrologie					
3618	Intensivmedizin/SP Chirurgie					
3621	Intensivmedizin/SP Herzchirurgie					
3622	Intensivmedizin/SP Urologie					
3624	Intensivmedizin/SP Frauenheilkunde/ Geburtshilfe					
3626	Intensivmedizin/SP HNO					
3628	Intensivmedizin/SP Neurologie					
3650	Operative Intensivmedizin/SP Chirurgie					
3651	Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie					
3652	Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie					
3700	Sonstige Fachabteilung					
3750	Angiologie					
3751	Radiologie					
3752	Palliativmedizin					
3753	Schmerztherapie					
3754	Heiltherapeutische Abteilung					
3755	Wirbelsäulenchirurgie					
	Anästhesie					

Teil B: Allgemeine Leistungsmerkmale

B-1 Allgemeine Leistungsmerkmale des Krankenhauses

B-1.1 Was umfasst das medizinische Leistungsspektrum des Krankenhauses?

Prävention, Akutdiagnostik und -therapie sowie Rehabilitation geriatrischer Patienten (Menschen im höheren Lebensalter)

B-1.2 Welche besonderen Versorgungsschwerpunkte werden vom Krankenhaus wahrgenommen (z. B. Brandverletzungen, AIDS, Hospizeinrichtungen)?

- geriatrisches Assessment,
- in die Akutbehandlung integrierte geriatrische Komplexbehandlung (Frühreha),
- Zentrum für Diabetes im Alter,
- Sturzprävention

B-1.3 Welche weiteren Leistungsangebote bestehen?

- Stomatherapeuten?
- Diabetikerschule?
- Pflegeeinrichtung als separate Einrichtung?
- ambulante Pflege?
- unter der Voraussetzung einer vorhandenen Gynäkologie im Hause Geburtsvorbereitungskurse?
- unter der Voraussetzung einer vorhandenen Gynäkologie im Hause die Möglichkeit einer ambulanten Entbindung mit Nachsorge durch hausinterne Hebammen?
- unter der Voraussetzung einer vorhandenen Gynäkologie eine Stillberatung bzw. ein Elternzentrum?
- Inkontinenzberatung?
- Pflegetelefonberatung?
- Hospizeinrichtungen bzw. eine Palliativpflege?
- Sonstige?
Sturzprävention

B-2 Allgemeine Leistungsmerkmale der Fachabteilung

	Matrix B-2	B-2.1	B-2.2	B-2.3
		Durchschnittliche Verweildauer (VD) (Angabe in Tagen)	Gibt es in Ihrer Abt. spez. Kinderbetten? ja(j)/nein(n)	Stehen in Ihrer Abt. Kinderkranken-schw./-pfleger zur Verfügung? ja(j)/nein(n)
0100	Innere Medizin			
0102	I.M. SP Geriatrie			
0103	I.M. SP Kardiologie			
0104	I.M. SP Nephrologie			
0105	I.M. SP Häm./i.Onko.			
0106	I.M. SP Endokrinologie			
0107	I.M. SP Gastroenterologie			
0108	I.M. SP Pneumologie			
0109	I.M. SP Rheumatologie			
0114	I.M. SP Lungen-/Bronchialheilkunde			
0150	I.M. Tumorforschung			
0151	I.M. SP Coloproktologie			
0152	I.M. SP Infektionskrankheiten			
0153	I.M. SP Diabetes			
0154	I.M. SP Naturheilkunde			
0156	I.M. SP Schlaganfallpatienten (Stroke units, Art. 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)			
0200	Geriatrie	23	n	n
0224	Geriatrie/SP Frauenheilkunde			
0260	Tagesklinik (f. teilstat. Pflegesätze)			
0261	Nachtklinik (f. teilstat. Pflegesätze)			
0300	Kardiologie			
0400	Nephrologie			
0410	Nephrologie/SP Pädiatrie			
0436	Nephrologie/Intensivmedizin			
0500	Hämatologie/internist.Onkologie			
0510	Häm./i.Onko./SP Pädiatrie			
0524	Häm./i.Onko./SP Frauenheilkunde			
0533	Häm./i.Onko./SP Strahlenheilkunde			
0600	Endokrinologie			
0607	Endokrinologie/SP Gastroenterologie			
0610	Endokrinologie/SP Pädiatrie			
0700	Gastroenterologie			
0706	Gastroenterologie/SP Endokrinologie			
0710	Gastroenterologie/SP Pädiatrie			
0800	Pneumologie			
0900	Rheumatologie			
0910	Rheumatologie/SP Pädiatrie			

	Matrix B-2	B-2.1	B-2.2	B-2.3
		Durchschnittliche Verweildauer (VD) (Angabe in Tagen)	Gibt es in Ihrer Abt. spez. Kinderbetten? Ja (j)/nein (n)	Stehen in Ihrer Abt. Kinderkranken-schw./-pfleger zur Verfügung? Ja (j) /nein (n)
1000	Pädiatrie (Päd.)			
1004	Päd./SP Nephrologie			
1005	Päd./SP Häm./i.Onko.			
1006	Päd./SP Endokrinologie			
1007	Päd./SP Gastroenterologie			
1009	Päd./SP Rheumatologie			
1011	Päd./SP Kinderkardiologie			
1012	Päd./SP Neonatologie			
1014	Päd./SP Lungen-/Bronchialheilkunde			
1028	Päd./SP Kinderneurologie			
1050	Päd./SP Perinatalmedizin			
1051	Langzeitbereich Kinder			
1100	Kinderkardiologie			
1136	Kinderkardiologie/SP Intensivmedizin			
1200	Neonatologie			
1300	Kinderchirurgie			
1400	Lungen- und Bronchialheilkunde			
1410	Lungen-/Bronchialheilkunde/SP Pädiatrie			
1500	Allgemeine Chirurgie			
1513	Allgemeine Chirurgie/SP Kinderchirurgie			
1516	Allgemeine Chirurgie/SP Unfallchirurgie			
1518	Allgemeine Chirurgie/SP Gefäßchirurgie			
1519	Allgemeine Chirurgie/SP Plastische Chirurgie			
1520	Allgemeine Chirurgie/SP Thoraxchirurgie			
1523	Chirurgie/SP Orthopädie			
1536	Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz)			
1550	Allgemeine Chirurgie/SP Abdominal-/Gefäßchirurgie			
1551	Allgemeine Chirurgie/SP Handchirurgie			
1600	Unfallchirurgie			
1700	Neurochirurgie			
1800	Gefäßchirurgie			
1900	Plastische Chirurgie			
2000	Thoraxchirurgie			
2021	Thoraxchirurgie/SP Herzchirurgie			
2036	Thoraxchirurgie/Intensivmedizin			
2050	Thoraxchirurgie/SP Herzchirurgie. Intensivm.			

	Matrix B-2	B-2.1	B-2.2	B-2.3
		Durchschnittliche Verweildauer (VD) (Angabe in Tagen)	Gibt es in Ihrer Abt. spez. Kinderbetten? Ja (j) / nein (n)	Stehen in Ihrer Abt. Kinderkranken-schw./-pfleger zur Verfügung? Ja (j) / nein (n)
2100	Herzchirurgie			
2120	Herzchirurgie/SP Thoraxchirurgie			
2136	Herzchirurgie/Intensivmedizin*			
2150	Herzchirurgie/SP Thoraxchirurgie Intensivm.			
2200	Urologie			
2300	Orthopädie			
2309	Orthopädie/SP Rheumatologie			
2315	Orthopädie/SP Chirurgie			
2400	Frauenheilkunde (Fhk.) und Geburtshilfe			
2402	Frauenheilkunde/SP Geriatrie			
2405	Fhk./SP Hämatologie und internistische Onkologie.			
2406	Frauenheilkunde/SP Endokrinologie			
2425	Frauenheilkunde			
2500	Geburtshilfe			
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde			
2700	Augenheilkunde			
2800	Neurologie			
2810	Neurologie/SP Pädiatrie			
2856	Neurologie/SP Schlaganfallpatienten (Stroke units, Art. 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)			
2900	Allgemeine Psychiatrie			
2928	Allgemeine Psychiatrie/SP Neurologie			
2930	Allgemeine Psy./SP Kinder-/Jugendpsy.			
2931	Allgemeine Psy./SP Psychosomatik/-therapie			
2950	Allgemeine Psy./SP Suchtbehandlung			
2951	Allgemeine Psy./SP Gerontopsychiatrie			
2952	Allgemeine Psy./SP Forensische Behandlung			
2960	A. Psy./Tagesklinik (f. teilstat. Pflegesätze)			
2961	A. Psy./Nachtklinik (f. teilstat. Pflegesätze)			
3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie			
3060	K-/Jpsy./Tagesklinik (f. teilstat. Pflegesätze)			
3061	K-/Jpsy./ Nachtklinik (f. teilstat. Pflegesätze)			
3100	Psychosomatik/Psychotherapie			
3200	Nuklearmedizin			
3233	Nuklearmedizin/SP Strahlenheilkunde			
3300	Strahlenheilkunde			
3305	Strahlenheilkunde/SP Häm./i. Onko.			
3350	Strahlenheilkunde/SP Radiologie			

*(§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbs. BPfIV '95)

	Matrix B-2	B-2.1	B-2.2	B-2.3
		Durchschnittliche Verweildauer (VD) (Angabe in Tagen)	Gibt es in Ihrer Abt. spez. Kinderbetten? Ja (j) / nein (n)	Stehen in Ihrer Abt. Kinderkranken-schw./-pfleger zur Verfügung? Ja (j) / nein (n)
3400	Dermatologie (Derma.)			
3460	Derma./Tagesklinik (f. teilstat. Pflegesätze)			
3500	Zahn-/Kieferheilkunde, Mund-/Kieferchirurgie			
3600	Intensivmedizin			
3601	Intensivmedizin/SP Innere Medizin			
3603	Intensivmedizin/SP Kardiologie			
3610	Intensivmedizin/SP Pädiatrie			
3617	Intensivmedizin/SP Nephrologie			
3618	Intensivmedizin/SP Chirurgie			
3621	Intensivmedizin/SP Herzchirurgie			
3622	Intensivmedizin/SP Urologie			
3624	Intensivmedizin/SP Fhk./Geburtshilfe			
3626	Intensivmedizin/SP HNO			
3628	Intensivmedizin/SP Neurologie			
3650	Operative Intensivmedizin/SP Chirurgie			
3651	Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie			
3652	Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie			
3700	Sonstige Fachabteilung			
3750	Angiologie			
3751	Radiologie			
3752	Palliativmedizin			
3753	Schmerztherapie			
3754	Heiltherapeutische Abteilung			
3755	Wirbelsäulenchirurgie			
	Anästhesie			

B-2.4 Für **alle** Fachabteilungen

B-2.4.1 Name der Fachabteilung
Geriatric

Tätigkeitsschwerpunkte der Abteilung (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)

Diagnose und Behandlung von akuten Erkrankungen des älteren Menschen. Auch altersbedingte Funktionsstörungen (z.B. Stürze, Störungen des Gedächtnisses, der Blasenfunktion etc.) werden erkannt und mitbehandelt (geriatrische Komplexbehandlung). Ein besonderer Schwerpunkt liegt in der Behandlung der Zuckerkrankheit des älteren Menschen.
In der Tagesklinik erfolgt geriatrische Rehabilitation im therapeutischen Team.

B-2.5 *Spezifisch für die Fachabteilung Innere Medizin*

B-2.5.1 Die 5 häufigsten Diagnosen pro Jahr

	ICD- Nummer	Fälle abs.	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1			
2			
3			
4			
5			

B-2.5.2 Die 5 häufigsten Diagnosen entsprechend der angegebenen Schwerpunkte der genannten Fachabteilung (vgl. B-2.4) pro Jahr

B-2.5.2 Name der Fachabteilung
Geriatric

	ICD- Nummer	Fälle abs.	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	I64	136	Schlaganfall
2	I50	121	Herzschwäche (Herzinsuffizienz)
3	S72	104	Schenkelhalsbruch (hüftnahe Fraktur)
4	F03	64	Altersdemenz
5	E11	46	Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus Typ 2)

B-2.10 *Spezifisch für die Fachabteilung **Anästhesie***

B-2.10.1 Anzahl der Anästhesien insgesamt

differenziert nach:

Anzahl der
Allgemeinanästhesien
Anzahl der
Regionalanästhesien

B-2.10.2 Differenzierung der Anästhesien nach ASA-Klassifikation in %-Anteil pro Jahr

ASA 1

ASA 2

ASA 3

ASA 4

ASA 5

Teil C: Personalbereitstellung

C-1 Personalbereitstellung im Krankenhaus

C-1.1 Wie hoch war die Anzahl der Vollkräfte im vergangenen Jahr in folgenden Bereichen?

Ärztlicher Dienst?	9
Pflegedienst?	49
Medizinisch-Technischer Dienst?	18
Funktionsdienst?	7
Klinisches Hauspersonal?	0
Wirtschafts- und Versorgungsdienst?	1
Technischer Dienst?	3
Verwaltungsdienst?	8
Sonderdienste?	0
Sonstiges Personal?	0

C-1.2 Welche fort- und weitergebildeten Mitarbeiter waren im vergangenen Jahr beschäftigt, z. B.:

- Anzahl der Mitarbeiter in der Anästhesie
- Anzahl der Mitarbeiter im OP
- Anzahl der weitergebildeten Mitarbeiter im Verwaltungsdienst
- Anzahl der Mitarbeiter in der Hygiene
- Anzahl der Mitarbeiter für die Praxisanleitung
- Anzahl der Stomatherapeut(en)

- Anzahl der Diabetesfachschwester(n)
- Anzahl der Mitarbeiter in der Ernährungsfachpflege
- Anzahl der Qualitäts-/Prozessberater
- Anzahl sonstiger Mitarbeiter (unter Angabe des Faches)

C-1.3 Wie war der Ausbildungsstand des Pflegepersonals im vergangenen Jahr?

- Prozentualer Anteil der Mitarbeiter, die über eine dreijährige Ausbildung verfügen 73 %
- Prozentualer Anteil der Mitarbeiter, die über eine einjährige Ausbildung verfügen 17 %
- Prozentualer Anteil der Mitarbeiter, die über keine Ausbildung verfügen 10 %
- Prozentuale Anteil der fachweitergebildeten Pflegekräfte im vergangenen Jahr %

C-1.4 Prozentualer Anteil der Ärzte mit Facharztstatus im vergangenen Jahr

80 %

C-2 Personalbereitstellung in der Fachabteilung

Matrix C-2 [Ärzte]		C-2.1	C-2.2	C-2.3	C-2.4	C-2.5	C-2.6
		Arztliche Leitung ja (j)/ nein (n)	Anzahl der Ärzte (voll-approbiert) *	Anzahl der Fachärzte	Anzahl der Ärzte mit fakultativer Weiterbildung	Anzahl der Ärzte im Praktikum	Liegt eine Weiterbildungsbefugnis vor Ja (j)/ nein (n)
0100	Innere Medizin	j	7	6	4	1	j
0200	Geriatrie						
0300	Kardiologie						
0400	Nephrologie						
0500	Hämatologie/internist.Onkologie						
0600	Endokrinologie						
0700	Gastroenterologie						
0800	Pneumologie						
0900	Rheumatologie						
1000	Pädiatrie						
1100	Kinderkardiologie						
1200	Neonatologie						
1300	Kinderchirurgie						
1400	Lungen- und Bronchialheilkunde						
1500	Allgemeine Chirurgie						
1600	Unfallchirurgie						
1700	Neurochirurgie						
1800	Gefäßchirurgie						
1900	Plastische Chirurgie						
2000	Thoraxchirurgie						
2100	Herzchirurgie						
2200	Urologie						
2300	Orthopädie						
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe						
2500	Geburtshilfe						
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde						
2700	Augenheilkunde						
2800	Neurologie						
2900	Allgemeine Psychiatrie						
3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie						
3100	Psychosomatik/Psychotherapie						
3200	Nuklearmedizin						
3300	Strahlenheilkunde						
3400	Dermatologie						
3500	Zahn-/Kieferhk., Mund-/Kieferchirurgie						
3600	Intensivmedizin						
3700	Sonstige Fachabteilung						

* Stichtag 01.01. Berichtsjahr

	Matrix C-2 [Pflegekräfte]	C-2.7	C-2.8	C-2.9	C-2.10	C-2.11
		Anzahl der Pflegekräfte*	Anzahl der examinieren Krankenschwestern/-pfleger	Anzahl der Krankenschwestern/-pfleger mit entsprechender Fachweiterbildung	Anzahl sonstige	Wird Hilfspersonal eingesetzt Ja (j)/ nein (n)
0100	Innere Medizin					
0200	Geriatric	49	22			j
0300	Kardiologie					
0400	Nephrologie					
0500	Hämatologie/internist. Onkologie					
0600	Endokrinologie					
0700	Gastroenterologie					
0800	Pneumologie					
0900	Rheumatologie					
1000	Pädiatrie					
1100	Kinderkardiologie					
1200	Neonatalogie					
1300	Kinderchirurgie					
1400	Lungen- und Bronchialheilkunde					
1500	Allgemeine Chirurgie					
1600	Unfallchirurgie					
1700	Neurochirurgie					
1800	Gefäßchirurgie					
1900	Plastische Chirurgie					
2000	Thoraxchirurgie					
2100	Herzchirurgie					
2200	Urologie					
2300	Orthopädie					
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe					
2500	Geburtshilfe					
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde					
2700	Augenheilkunde					
2800	Neurologie					
2900	Allgemeine Psychiatrie					
3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie					
3100	Psychosomatik/Psychotherapie					
3200	Nuklearmedizin					
3300	Strahlenheilkunde					
3400	Dermatologie					
3500	Zahn-/Kieferhk., Mund-/Kieferchirur.					
3600	Intensivmedizin					
3700	Sonstige Fachabteilung					

* Stichtag 01.01. Berichtsjahr

Teil D: Ausstattung

D-1 Diagnostische Möglichkeiten im Krankenhaus

D-1.1 Im Krankenhaus verfügbar:

<input type="checkbox"/> CT Bereitschaftsdienst?	<input type="checkbox"/> im Regeldienst	<input type="checkbox"/> im
<input type="checkbox"/> Kernspin Bereitschaftsdienst?	<input type="checkbox"/> im Regeldienst	<input type="checkbox"/> im
<input checked="" type="checkbox"/> Sonographie Bereitschaftsdienst?	<input checked="" type="checkbox"/> im Regeldienst	<input checked="" type="checkbox"/> im
<input checked="" type="checkbox"/> Röntgen? Bereitschaftsdienst?	<input checked="" type="checkbox"/> im Regeldienst	<input checked="" type="checkbox"/> im
<input checked="" type="checkbox"/> Broncho-/Endoskopie Bereitschaftsdienst?	<input checked="" type="checkbox"/> im Regeldienst	<input checked="" type="checkbox"/> im
<input checked="" type="checkbox"/> Echoskopie/TEE Bereitschaftsdienst?	<input checked="" type="checkbox"/> im Regeldienst	<input checked="" type="checkbox"/> im
<input type="checkbox"/> Mikrobiologie Bereitschaftsdienst?	<input type="checkbox"/> im Regeldienst	<input type="checkbox"/> im

D-2 Räumliche Ausstattung in den Fachabteilungen

D-2.1 Für **alle** Fachabteilungen

Ausstattung der Unterbringung

Anzahl der
Einbettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
		9	mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Anzahl der
Zweibettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
		27	mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Anzahl der
Dreibettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
		9	mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Anzahl der
Mehrbettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
			mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

D-3 Ausstattung an medizinischen Geräten in der Fachabteilung

D-3.1 Verfügt das Krankenhaus über eine krankengymnastische/balneophysikalische Ausstattung?
 ja nein

Wenn ja, in Form von

Bewegungsbad?

Ergotherapie?

Räume für balneophysikalische Therapie?

D-3.2 Für *alle* Fachabteilungen

Ist auf jeder Station ein Notfallkoffer bzw. –wagen mit Defibrillator, Absauger und Intubationsbesteck verfügbar?

ja nein

D-3.4 Spezifisch für die Fachabteilung **Urologie**

Verfügt die Abteilung über ein Gerät zur extrakorporalen Stoßwellen-Lithotrypsie (ESWL) und zur Ureterrenoskopie?

ja nein

D-3.5 Spezifisch für die Fachabteilung **Orthopädie**

Haben Sie eine Knochenbank?

ja nein

Wenn ja, wird die Knochenbank nach den Richtlinien der Bundesärztekammer geführt²?

ja nein

² VGL. RICHTLINIEN ZUM FÜHREN EINER KNOCHENBANK IN: DT. ÄRZTEBL. 87, HEFT ½, S. 39-41.

Die KTQ-Kriterien beschrieben von der Bethesda Geriatrie Klinik Ulm gGmbH

1 Patientenorientierung in der Krankenversorgung

1.1 Vorfeld der stationären Versorgung und Aufnahme

Die Organisation im Vorfeld der stationären Aufnahme erfolgt patientenorientiert.

1.1.1 Die Vorbereitungen einer stationären Behandlung sind patientenorientiert.

Das Krankenhaus gewährleistet im Vorfeld der stationären Versorgung eine an den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Angehörigen orientierte Organisation und Gestaltung.

Die Anmeldung der Patienten erfolgt nur über den einweisenden Arzt. Durch diesen erfolgt auch die Information und Vorbereitung der Patienten. Über eine gute Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr gelangen Patienten, Besucher und Mitarbeiter bis in unmittelbare Nähe der zentral gelegenen Klinik. Vor dem Haus gibt es 5 Parkplätze für Kurzparker, die mit Parkscheibe für eine Stunde genutzt werden können. Personen mit einer Behinderung können bis vor die ebenerdige Haustür fahren. Ortsfremde finden in der Patientenbroschüre und im Internet eine Wegbeschreibung.

1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

Innerhalb des Krankenhauses ist die Orientierung für Patienten und Besucher sichergestellt.

Im Erdgeschoss hängt ein farbiger Übersichtsplan des Hauses. Jedes Stockwerk hat seine eigene Farbe, die sich im Aufzug neben den Knöpfen und in den Schildern an den Zimmertüren wiederfindet. Vor und in jedem Zimmer hängt die Fotografie eines Ulmer Wahrzeichens, das neben der künstlerischen Gestaltung der besseren Orientierung dienen soll. Die Orientierung im Zimmer erfolgt durch Symbole am Bett (an der Lichtleiste), in der Nasszelle und an der Schranktüre. Bei Ankunft stehen Mitarbeiter des Hauses zur Orientierung und Gepäcktransport zur Verfügung.

1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

Die Aufnahme erfolgt koordiniert unter Berücksichtigung der Bedürfnisse von Patienten nach Information, angemessener Betreuung und Ausstattung.

In der Patientenaufnahme werden die Patientendaten in das EDV-System eingegeben und die Aufnahmeunterlagen erstellt. Je nach Zustand des Patienten erfolgen die Aufnahmeuntersuchungen in separaten Räumlichkeiten oder im Patientenzimmer. Bei der Aufnahme erhält jeder Patient eine Broschüre mit allen notwendigen Informationen. Das Pflegepersonal begrüßt den Patienten, zeigt ihm das Zimmer, gibt Erläuterungen und erfragt seine Bedürfnisse im Rahmen des Aufnahmegesprächs.

1.1.4 Ambulante Patientenversorgung

Die ambulante Patientenversorgung z. B. im Rahmen der Notfallambulanz, (Psych.: der psychiatrischen Institutsambulanz), der Wiedereinbestellungsambulanz oder der Ermächtigungsambulanz verläuft koordiniert unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse.

Einbestellungen in die Privatambulanz werden über das Chefarztsekretariat koordiniert. Ambulante Therapiemaßnahmen in den Bereichen Physio- und Ergotherapie, Logopädie sowie Diabetesberatung und -schulung werden individuell vereinbart und über die Therapieleitungen koordiniert.

1.2 Ersteinschätzung und Planung der Behandlung

Eine umfassende Befunderhebung jedes Patienten ermöglicht eine patientenorientierte Behandlungsplanung.

1.2.1 Ersteinschätzung

Für jeden Patienten wird ein körperlicher, seelischer und sozialer Status erhoben, der die Grundlage für die weitere Behandlung darstellt.

Der Stationsarzt führt mit allen Patienten ein ärztliches Aufnahmegespräch mit körperlicher Untersuchung und Erhebung der medizinischen Vorgeschichte. Anschließend bespricht und besucht der Stationsarzt jeden Patienten gemeinsam mit dem Oberarzt. Das Pflegepersonal erfragt die Gewohnheiten und Bedürfnisse der Patienten und berücksichtigt sie im Rahmen der weiteren Pflege und Versorgung. Die Versorgungsplanung erfolgt in regelmäßigen Besprechungen der Ärzte mit dem Sozialdienst und innerhalb der berufsgruppenübergreifenden wöchentlichen Therapiekonferenz.

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

Vorbefunde werden soweit wie möglich genutzt und zwischen dem betreuenden Personal ausgetauscht.

Alle Patienten werden telefonisch durch den einweisenden Arzt angemeldet. In diesem Gespräch wird der Arzt gebeten, vorhandene Vorbefunde mitzugeben. Für jeden Patienten wird bei der Aufnahme eine Patientenakte angelegt, in der alle Befunde gesammelt und dokumentiert werden. Da die Patientenakte den Patienten durch den gesamten Aufenthalt begleitet, ist sichergestellt, dass diese Befunde jedem Behandler zeitnah und ohne Einschränkung zur Verfügung stehen. Bei wiederkehrenden Patienten gibt die Patientenaufnahme unaufgefordert die Akten vergangener Krankenhausaufenthalte mit auf Station.

1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

Für jeden Patienten wird der umfassende Behandlungsprozess festgelegt unter Benennung der Behandlungsziele.

Der Stationsarzt nimmt den Patienten auf und erörtert noch am gleichen Tag mit dem zuständigen Oberarzt den Behandlungsplan. Parallel führt die Pflege ihre Aufnahme durch und erstellt eine Pflegeplanung. Die Durchführung der geplanten Maßnahmen dokumentiert die Pflege durch Abzeichnen im Maßnahmenkatalog. In der wöchentlichen Therapiekonferenz wird der geplante Behandlungsprozess überprüft, indem die gesetzten Ziele und der tatsächliche Zustand des Patienten verglichen werden.

1.2.4 Integration von Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Im medizinischen und im pflegerischen Erstgespräch wird mit dem Patienten der Behandlungsplan besprochen. Dabei wird versucht, die Wünsche und Fähigkeiten des Patienten zu berücksichtigen. Der Arzt bespricht alle Behandlungsschritte mit dem Patienten und auf Wunsch auch mit den Angehörigen. In allen Gesprächen wird versucht, die Situation realistisch und wahrheitsgemäß zu vermitteln.

1.3 Durchführung der Patientenversorgung

Die Behandlung jedes Patienten erfolgt in koordinierter Weise gemäß professioneller Standards, um bestmögliche Behandlungsergebnisse zu erzielen.

1.3.1 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung

Die Behandlung und Pflege jedes Patienten wird umfassend, zeitgerecht und entsprechend professioneller Standards durchgeführt.

Bereits am Aufnahmetag bespricht der Stationsarzt die Krankheitsgeschichte der Patienten mit dem Oberarzt. Wöchentlich findet eine Oberarztvisite statt. Jeder Patient wird während seines Aufenthaltes auch vom Chefarzt visitiert. Alle Probleme und eventuelle Komplikationen werden in der wöchentlichen Therapiekonferenz besprochen, an der alle Berufsgruppen teilnehmen. Falls notwendig werden Konsiliaren der verschiedenen Fachrichtungen angefordert. Die Wirksamkeit der Schmerztherapie wird erfragt. Dies geschieht täglich bei der Visite durch den Arzt, bei der Übergabe am Krankenbett durch das Pflegepersonal und bei der Therapiebehandlung durch die Therapeuten.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

Der Patientenversorgung werden Leitlinien und, wo möglich, Evidenzbezug zugrundegelegt.

Im Bereich der Pflege existieren Standards. Diese werden permanent überarbeitet und vervollständigt. Im ärztlichen Bereich wird entsprechend vorhandener Leitlinien vorgegangen. Mitarbeiter erhalten im Rahmen der Stationsbesprechungen oder im Rahmen der Ärztebesprechungen, zum Teil auch in eigenen Fortbildungsveranstaltungen, Kenntnis über Standards.

1.3.3 Patientenorientierung während der Behandlung

Der Patient wird in alle durchzuführenden Behandlungsschritte und Maßnahmen der Versorgung einbezogen und seine Umgebung ist patientenorientiert gestaltet.

Die Pflege arbeitet nach dem System der Bereichspflege. Während der Übergabe am Patientenbett stellt sich die zuständige Pflegekraft dem Patienten vor und der Patient äußert seine Probleme und Wünsche. Auch die Ärzte sind den Bereichen zugeordnet. In den wöchentlichen Therapiekonferenzen legen alle an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen gemeinsam die Behandlungsziele für jeden Patienten fest und überprüfen diese. Patientenorientiertes Handeln ist ein wesentlicher Aspekt des Leitbildes der Bethesda-Einrichtungen. In 2003 wurde ein Pflegeleitbild erarbeitet und eingeführt.

1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

Bei der Verpflegung werden die Erfordernisse, Bedürfnisse und Wünsche der Patienten berücksichtigt.

Die Versorgungsassistentin erfragt täglich die Wünsche der Patienten. Bei Bedarf erstellt die Diätassistentin eine Ernährungsanamnese und legt die Kostform fest. Die Mahlzeiten der Patienten sind zeitlich fest im Tagesablauf verankert und werden nur im Ausnahmefall gestört: Frühstück 8:00 Uhr; Mittagessen 11:30 Uhr, Abendessen 17:00 Uhr. Die Patienten haben die Möglichkeit, ihre Mahlzeiten im Aufenthaltsbereich einzunehmen. Dies trägt zur Förderung des Gemeinschaftsaspektes bei.

1.3.5 Koordinierung der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Der Arzt ordnet diagnostische Maßnahmen bei der Visite an und trägt die geplante Untersuchung in die Patientendokumentation ein. Die Abteilung Funktionsdiagnostik erhält alle Diagnoseanforderungen und erstellt für den nächsten Tag einen Plan, der auf alle Stationen verteilt wird. So ist jederzeit ersichtlich, welcher Patient wann und zu welcher Untersuchung vorgesehen ist. Die fest vereinbarten Termine beschränken die Wartezeit auf höchstens 15 Minuten. Werden Notfallpatienten vorgezogen, werden die wartenden Patienten informiert und durch den Transportdienst auf Station zurückgebracht.

1.3.6 Koordinierung der Behandlung: OP-Koordination

Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.

Es findet keine operative Behandlung statt.

1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

Die Behandlung des Patienten erfolgt in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Patientenversorgung.

Wöchentlich findet auf jeder Station eine Besprechung statt, an der alle Berufsgruppen mit direktem Patientenkontakt teilnehmen und in der die Belange jedes einzelnen Patienten besprochen werden. Bei Bedarf werden Konsile beantragt. Darüber hinaus tauschen sich alle Berufsgruppen in der täglichen Arbeit ständig und auf kürzestem Wege aus. In besonderen Fällen werden strukturierte Einzelfallbesprechungen durchgeführt. Bei Bedarf lassen sich eine Besuchsdienstgruppe, die "Grünen Damen und Herren" sowie eine Gruppe von Ehrenamtlichen (als Sitzwachen für Schwerstkranke und unruhige Patienten) hinzuziehen.

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

Die Visitierung des Patienten erfolgt in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Patientenversorgung.

Es wird von allen Ärzten eine tägliche Visite angestrebt. An Wochenenden und Feiertagen findet eine Visite nur bei kritischen Patienten statt. Hinzu kommt die wöchentliche Chef- und Oberarztvisite für alle Patienten. Der Patient wird vom Arzt ins Gespräch einbezogen. Therapeutische Maßnahmen oder Veränderungen im Krankheitsbild werden, wenn der Patient kognitiv dazu in der Lage ist, besprochen. In der Kurvenvisite werden die Rückmeldungen der Therapeuten und des Sozialdienstes einbezogen.

1.4 Übergang des Patienten in andere Versorgungsbereiche

Die kontinuierliche Weiterversorgung des Patienten in anderen Versorgungsbereichen erfolgt professionell und koordiniert gesteuert unter Integration des Patienten.

1.4.1 Entlassung und Verlegung

Der Übergang in andere Versorgungsbereiche erfolgt strukturiert und systematisch unter Integration und Information des Patienten und ggf. seiner Angehörigen.

Patienten und Angehörige werden mindestens 2 Tage vor einer anstehenden Entlassung darüber informiert. Jeder Patient erhält einen vorläufigen Arztbericht. Der endgültige Arztbrief folgt in zwei bis vier Wochen. Einen Pflegebegleitbericht erhalten alle Patienten, die professionelle Pflege im Anschluss an ihren Krankenhausaufenthalt benötigen. Während des gesamten Aufenthalts erhalten die Patienten und ggf. deren Angehörige Mitteilungen über Diagnose und Therapie. Es werden Hinweise zur medikamentösen Weiterbehandlung und zur Fortführung spezieller Therapien gegeben. Der Sozialdienst informiert alle Patienten über die poststationäre Versorgung.

1.4.2 Bereitstellung kompletter Informationen zum Zeitpunkt des Überganges des Patienten in einen anderen Versorgungsbereich (Entlassung / Verlegung u. a.)

Das Krankenhaus sichert eine lückenlose Information für die Weiterbehandlung oder Nachsorge des Patienten.

Andere Versorgungsbereiche existieren im Haus in Form der Tagesklinik. Für die Verlegung dorthin existiert ein interdisziplinärer Standard. Die Patienten erhalten die kompletten Entlassungspapiere, und zusätzlich auch ihre Akte. Der Patient wird spätestens 2 Tage vor Verlegung in die Tagesklinik informiert. Über den Zeitpunkt der Aufnahme entscheidet die Tagesklinik anhand freier Kapazitäten. Bei der Verlegung in eine stationäre Pflegeeinrichtung, ein Krankenhaus oder den ambulanten Dienst liegen der vorläufige Arztbericht und der Pflegebegleitbericht zur Entlassung vor. Bei Weiterbetreuung durch einen ambulanten Dienst wird ein Überleitungsgespräch in der Klinik organisiert.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

Vom Krankenhaus wird eine kontinuierliche Weiterbetreuung des Patienten durch Kooperation mit den weiterbetreuenden Einrichtungen bzw. Personen sichergestellt.

Die weiterbehandelnden Ärzte erhalten den vorläufigen Arztbericht als Information. Der Pflegebegleitbericht wendet sich an die weiterbetreuenden Pflegekräfte. Es ist immer eine Telefonnummer für Rückfragen angegeben. Überleitungspflege findet durch Station in Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst und den weiterbehandelnden ambulanten Diensten statt. Verlegungen ins Pflegeheim meldet der Sozialdienst mit einem Pflegebogen an. Wenn Angehörige die Pflege übernehmen wollen, erhalten sie vom Sozialdienst das Angebot der Beratung und Schulung in pflegerischen Maßnahmen.

2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

2.1 Planung des Personals

Die Personalplanung sorgt für eine kontinuierliche Bereitstellung einer ausreichenden Anzahl an qualifizierten Mitarbeitern.

2.1.1 Planung des Personalbedarfes

Die Planung des Personalbedarfes umfasst die Bereitstellung einer angemessenen Zahl an entsprechend qualifizierten Mitarbeitern.

Die Planung des Personals erfolgt anhand des aktuellen Stands der Personalstellen und auf Basis des genehmigten Stellenplans. Der Stellenplan bildet die personelle Ausstattung in den verschiedenen Bereichen (Ärzte, Pflege, Verwaltung, etc.) ab. Er ist abhängig von einer Personalbedarfsberechnung und vom genehmigten Personalbudget. Die Geschäftsführung der Klinik bezieht die Abteilungsleiter grundsätzlich in die Planung mit ein. In unregelmäßigen Abständen erhält die Krankenhausleitung eine Ausfallstatistik. Auffälligkeiten werden beim Abteilungsleiter hinterfragt.

2.2 Personalentwicklung

Die Personalentwicklung des Krankenhauses orientiert sich an den Bedürfnissen des Hauses und der Mitarbeiter.

2.2.1 Systematische Personalentwicklung

Das Krankenhaus betreibt eine systematische Personalentwicklung.

Die Verantwortung für die Personalentwicklung liegt bei den einzelnen Abteilungsleitungen. In allen Fachbereichen existieren Maßnahmen zur Personalentwicklung, teilweise mit strukturellen oder systematisierten Vorgaben. Scheidet ein Mitarbeiter aus, werden potentielle interne Nachfolger durch intensive Einarbeitung sowie durch inner- und außerbetriebliche Fortbildungen auf ihre neue Aufgabe vorbereitet. Jede freie Stelle wird zwei Wochen am Schwarzen Brett ausgehängt bzw. im Intranet veröffentlicht. Anschließend erfolgt die öffentliche Ausschreibung.

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

Das Krankenhaus stellt sicher, dass Wissensstand, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiter den Anforderungen der Aufgabe (Verantwortlichkeiten) entsprechen.

Für die Mitarbeiter der Pflege, für Stationsleitungen und deren Vertretung sowie für die therapeutischen Dienste und Verwaltungskräfte existieren Stellenbeschreibungen. Der Inhalt wird dem Mitarbeiter im Gespräch vermittelt und ausgehändigt. Bei Stationsleitungen und ihren Vertretungen gibt es eine spezifische Leistungsanforderung in Form einer Zielvereinbarung. Alle Mitarbeiter werden angehalten, sich bei der Gestaltung von Arbeitsabläufen einzubringen. Die Abteilungsleiter überprüfen die beschriebenen und die tatsächlichen Aufgaben auf Übereinstimmung. Abweichungen gehen in die Planung der Fort- und Weiterbildung ein.

2.2.3 Fort- und Weiterbildung

Das Krankenhaus sorgt für eine systematische Fort- und Weiterbildung, die an den Bedürfnissen der Mitarbeiter als auch des Krankenhauses ausgerichtet ist.

Das Fortbildungsprogramm mit interdisziplinären und berufsgruppenspezifischen Themen erscheint halbjährlich. Hauptbestandteil sind 2-3 Tagesveranstaltungen mit geriatrischen Schwerpunktthemen. Sie stehen externen wie internen Interessenten offen. Monatlich erscheint ein Programm mit regelmäßigen Themen wie z.B. Brandschutz Stationsleitungen und Mentoren erhalten Stationsleitungs- und Mentorenkurse. Für Ärzte findet jeden Freitag eine Kurzveranstaltung zu ausgewählten Themen statt.

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Interne Fortbildungen werden stets von der Einrichtung finanziert und als Arbeitszeit angerechnet. Für externe Fortbildungen steht jedem Mitarbeiter gemäß Betriebsvereinbarung ein jährliches Budget von 5 Tagen und € 255,-- zur Verfügung. Die Mittel werden am Jahresende auf Grund des zukünftigen Stellenplanes für das Folgejahr ermittelt und im Budget berücksichtigt.

2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

Für Mitarbeiter sind angemessene Fort- und Weiterbildungsmedien zeitlich uneingeschränkt verfügbar.

Für Fachliteratur steht im Wirtschaftsplan ein Budget zur Verfügung, mit dem die Bibliothek aktualisiert und Fachzeitschriften für die einzelnen Abteilungen abonniert werden. Der Zugang der Mitarbeiter zu Fachzeitschriften wird durch ein Verteilersystem gewährleistet. Auf den Stationen und in den einzelnen Abteilungen sind Standardwerke vorhanden. Alle Mitarbeiter haben von ihrem Arbeitsplatz einen Zugriff auf das Intranet. Zugriff auf das Internet haben alle Abteilungsleitungen, Stationsleitungen und Ärzte. Für Recherchen besteht ein Internetzugang in der Bibliothek.

2.2.6 Sicherstellung des Lernerfolges in angegliederten Ausbildungsstätten

Angegliederte Ausbildungsstätten leisten eine Theorie-Praxis-Vernetzung und bereiten Mitarbeiter angemessen auf ihre Tätigkeiten im Rahmen der Patientenversorgung vor.

Die Klinik hat keine eigene Ausbildungsstätte, kooperiert aber mit verschiedenen Alten- und Krankenpflegeschulen. Schüler dieser Schulen absolvieren Praxiseinsätze oder ihre gesamte praktische Ausbildungszeit in der Einrichtung. Es gibt ein Schüleranleitungskonzept, das einen Einarbeitungsplan, Checklisten, Vor-, Zwischen und Abschlussgespräche und regelmäßige Treffen mit dem Schülerbeauftragten vorsieht. Auf allen Stationen stehen den Schülern ausgebildete Praxisanleiter und Mentoren zur Verfügung. Diese nehmen auch an regelmäßigen Treffen mit den Ausbildungsträgern teil.

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

Mitarbeiterinteressen werden angemessen bei der Führung des Krankenhauses berücksichtigt.

2.3.1 Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstiles

Im Krankenhaus wird ein festgelegter und einheitlicher Führungsstil praktiziert, der die Bedürfnisse der Mitarbeitern berücksichtigt.

Ein mitarbeiterorientierter Führungsstil ist u.a. im Leitbild des Diakoniewerks sowie im neuen Pflegeleitbild verinnerlicht. Teilweise sind qualifizierte Mitarbeiter in strategische Planungen, wie z.B. Strukturgespräche oder Budgetbesprechungen, einbezogen. Informationen über zukünftige Entwicklungen werden monatlich über die Betriebsleitung am Runden Tisch an alle Abteilungen weitergegeben. Mitarbeiterorientierung zeigt sich ebenfalls darin, dass in persönlichen Krisensituationen den Angestellten Mitarbeitende der Seelsorge und eine Mitarbeiterin des Diakoniewerks zur Verfügung stehen.

2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

In den Bereichen ärztlicher Dienst, Pflege, Funktionsdienst und medizinisch-technischer Dienst werden die Arbeitszeiten auf Dienstplänen nachgewiesen. In den Bereichen Verwaltung, Technik, Hauswirtschaft und Materialwirtschaft existieren Arbeitszeitnachweise. Die Einhaltung der geplanten Arbeitszeiten wird durch die Abrechnung der Dienstpläne und Arbeitszeitnachweise sowie die Prüfung der Überstunden- und Fehlzeitenstatistik überprüft. Der Personalleiter stellt die Ergebnisse der Betriebs- und der Stationsleitung vor. Bei Bedarf werden Gegenmaßnahmen getroffen.

2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Für den Pflegebereich existiert ein schriftliches Einarbeitungskonzept, das Informationen zur Klinik, Checklisten, Tages- und Stationsabläufe sowie sonstige Regelungen enthält. Ansprechpartner für den neuen Mitarbeiter ist ein schriftlich benannter Mentor. Vor Abschluss der Probezeit wird das Einarbeitungsprotokoll der Pflegedienstleitung vorgelegt. Im ärztlichen Bereich gibt es ebenfalls ein schriftliches Einarbeitungskonzept. Der jeweilige Oberarzt ist Ansprechpartner für neue Mitarbeiter und für die Einarbeitung verantwortlich. In allen Berufsgruppen führen die Abteilungsleiter ein Probezeitabschlussgespräch.

2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zum Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden.

Verbesserungen können über das Betriebliche Vorschlagswesen eingebracht werden. Die Einrichtung garantiert dem Mitarbeiter eine Rückmeldung der Betriebsleitung innerhalb von maximal 14 Tagen. Besondere Vorschläge werden in der Mitarbeiterzeitung „Info Aktuell“ veröffentlicht. Mitarbeiterbeschwerden können schriftlich, mündlich oder per E-mail an die Seelsorgerin gerichtet werden. Diese koordiniert die eingegangenen Beschwerden nach den Regelungen des hauseigenen Beschwerdemanagements. Zu den freiwilligen Leistungen der Einrichtung gehören die Bereitstellung von Getränken am Arbeitsplatz, die Möglichkeit, nach Dienstschluss den Kraftraum zu nutzen sowie Gesprächsangebote der Seelsorge.

3 Sicherheit im Krankenhaus

3.1 Gewährleistung einer sicheren Umgebung

Das Krankenhaus gewährleistet eine sichere Umgebung für die Patientenversorgung

3.1.1 Verfahren zum Arbeitsschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum Arbeitsschutz angewandt, das insbesondere Sicherheitsaspekte am Arbeitsplatz, bei Mitarbeitern, im Umgang mit Gefahrstoffen und zum Strahlenschutz berücksichtigt.

Im Rahmen des Neubaus wurde der bauliche Arbeitsschutz unter dem Gesichtspunkt der neuesten Richtlinien beachtet. Bei Funktionsänderungen von Räumen oder Arbeitsplätzen geschieht dies nur in Zusammenarbeit mit dem Arbeitsschutzausschuss. Es gibt einen Gefahrstoffraum, in dem alle Gefahrstoffe gelagert werden. Dort befindet sich ein Ordner, in dem die Sicherheitsdatenblätter abgeheftet sind. Im Jahr 2000 wurde für alle Arbeitsplätze eine Gefährdungsbeurteilung durchgeführt. Dabei flossen bei der Mängelbeseitigung die Erfahrungen mit den neuen Arbeitsplätzen ein.

3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

Beim Neubau der Einrichtung war ein Brandschutzsachverständiger beteiligt. Bauliche Veränderungen gab es bislang keine. Die Einrichtung ist mit Flucht- und Rettungsplänen ausgestattet. Halbjährlich führt der Technische Leiter Brandschutzschulungen für die Mitarbeiter durch. Die letzte Brandschutzbegehung wurde im Herbst 2003 durchgeführt. Die Lage der Hydranten ist mit der Feuerwehr abgestimmt. Die Feuerwehr hat die Zufahrten und Anleitemöglichkeiten getestet. Über das Verhalten im Brandfall informiert das Merkblatt "Technische Störung / Notfallmanagement".

3.1.3 Verfahren zur Regelung von hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung bei hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz angewandt.

Über das richtige Verhalten im Fall einer hausinternen Notfallsituation informiert das Merkblatt "Technische Störung / Notfallmanagement". Monatlich führt die Abteilung Technik einen Testlauf des Notstromaggregats durch. Die Wartung erfolgt nach Wartungsvertrag. Im Rahmen der Brandschutzschulungen werden regelmäßig verschiedene Szenarien von nichtmedizinischen Notfallsituationen vorgestellt und geübt.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Auf jeder Station, in der Tagesklinik, in der Funktionsdiagnostik und im Therapiebereich sind Notfallkoffer mit identischem Inhalt vorhanden. Für das zusätzliche Angebot „Säuglingsschwimmen“ wurde für das Bewegungsbad ein Notfallkoffer für Säuglinge und Kleinkinder angeschafft. Im ersten und im dritten Stock steht ein Notfallwagen mit Defibrillator. Im Notfall erfolgt eine unverzügliche Alarmierung der Assistenz- und Oberärzte. Die Notfallkoffer werden nach jedem Einsatz, mindestens halbjährlich überprüft. Jährlich findet für das Pflegepersonal und die Ärzte eine Pflichtfortbildung zu Wiederbelebungsmaßnahmen statt.

3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

Für den Patienten wird eine sichere unmittelbare Umgebung gewährleistet und Maßnahmen zur Sicherung vor Eigen- und Fremdgefährdung umgesetzt.

In der Bethesda Geriatriischen Klinik Ulm gibt es keine geschlossene Abteilung. Verhaltensauffällige Patienten werden, wenn möglich, in Gruppen therapiert. Unruhige, demente Patienten können in einer Kleingruppe im Rahmen der Ergotherapie integriert werden. Teilweise wird eine Begleitung durch freiwillige Helfer (Grüne Damen und Herrn) organisiert. Der psychiatrische Konsiliardienst wird in einzelnen Fällen zur weiteren Therapieplanung, zum Beispiel medikamentöse Therapie, in Anspruch genommen.

3.2 Hygiene

Im Krankenhaus wird ein systematisches, krankenhausesweites Verfahren zur effektiven Prävention und Kontrolle von Infektionen eingesetzt.

3.2.1 Organisation der Hygiene

Für Belange der Hygiene ist sowohl die personelle Verantwortung als auch das Verfahren der Umsetzung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen krankenhausesweit geregelt.

Die Hygienekommission tagt jährlich. Den Vorgaben des Robert-Koch-Instituts folgend werden dort die aktuelle Infektionsstatistik vorgestellt und Probleme der Hygiene diskutiert. An zwei Tagen in der Woche ist eine Hygienefachkraft in der Klinik anwesend. Darüber hinaus steht ein hygienebeauftragter Arzt jederzeit als Ansprechpartner zur Verfügung. Jährlich finden in allen Bereichen Begehungen statt, bei denen mit Hilfe von Checklisten der IST-Zustand ermittelt wird. Die Hygienefachkraft begeht wöchentlich alle Stationen, um die Umsetzung der Maßnahmen zu überprüfen.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

Für die Analyse hygienerelevanter Bereiche wie auch die Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen werden krankenhausesweit hygienerelevante Daten erfasst.

Wird bei einem Patienten eine meldepflichtige Erkrankung festgestellt, erfolgt eine Meldung unmittelbar an die Hygienefachkraft und an das Gesundheitsamt. Harnwegsinfektionen, die im Zusammenhang mit einem Katheter auftreten, werden entsprechend des Infektionsschutzgesetzes erfasst. Die Dokumentation befindet sich im Büro der Hygienefachkraft. Die Ergebnisse der Infektionsstatistik werden jährlich während der Sitzung der Hygienekommission besprochen. Alle Berufsgruppen sind hier vertreten und geben die Ergebnisse an ihre Mitarbeiter weiter.

3.2.3 Planung und Durchführung hygiesichernder Maßnahmen

Hygiesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Die hygienerelevanten Abläufe sind im hausweit verfügbaren Hygieneordner geregelt. Der Hygieneordner enthält neben dem Hygieneplan Merkblätter zur Instrumentenaufbereitung, Pflegestandards und Maßnahmen zur Isolierung von Patienten mit bestimmten Infekten. Diese Maßnahmen betreffen Darminfekte, den Verdacht auf Lungentuberkulose, Hepatitis A und C sowie MRSA infizierte Patienten. Regelmäßig finden Fortbildungen statt, in denen die Hygienefachkraft neueste Erkenntnisse vermittelt.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.

Im Rahmen der wöchentlichen Begehungen auf allen Stationen kontrolliert die Hygienefachkraft die Einhaltung der Hygienerichtlinien und der mitgeltenden Empfehlungen, z.B. der vom Gesundheitsamt herausgegebenen Gesundheitsblätter. Die Umsetzung des HACCP-Konzepts in der Küche wird von einem externen Hygienebeauftragten und dem Küchenleiter kontrolliert. Es finden regelmäßig Schulungen statt. Die Teilnahme der Mitarbeiter ist schriftlich dokumentiert.

3.3 Bereitstellung von Materialien

Vom Krankenhaus werden die für die Patientenversorgung benötigten Materialien auch unter Beachtung ökologischer Aspekte bereitgestellt.

3.3.1 Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten.

Mitarbeiter der Pflege bestellen Arzneimittel EDV-gestützt. Sonderanforderungen werden über ein spezielles Formular und mit Unterschrift des Stationsarztes bestellt. Für Betäubungsmittel gibt es spezielle Rezeptanforderungen. Alle Medikamente werden über die Zentralapotheke des Universitätsklinikums bezogen. Blut und Blutprodukte werden mit Anforderungsformular über die Blutzentrale bestellt. Für Medizinprodukte gibt es ein Beschaffungsformular, das der Medizintechnik zugeht. Diese veranlasst in der Regel eine Probestellung.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

Der Einsatz aller Medikamente richtet sich nach der Apothekenliste der Zentralapotheke des Universitätsklinikums. Ein Chefarzt ist Leiter der Arbeitsgruppe „Zentralwirksame Medikamente“, (z.B. Beruhigungsmittel, Schlafmittel, Schmerzmittel) der Arzneimittelkommission des Universitätsklinikums. Die Arzneimittelkommission tagt regelmäßig und gibt Empfehlungen zur Anwendung der Medikamente heraus. Darüber hinaus werden aktuelle Informationen wie z. B. „Rote Hand Briefe“ und Mitteilungen der Fachgesellschaft, Leitlinien oder Therapievorschläge berücksichtigt. Eine Medikamentenversorgung rund um die Uhr ist gewährleistet.

3.3.3 Anwendung von Blut und Blutprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Blut und Blutprodukten.

Die Bethesda Geriatriische Klinik arbeitet eng mit der Blutzentrale des Universitätsklinikums zusammen. Der Umgang mit Blut und Blutprodukten erfolgt in Anlehnung an die Empfehlungen der Blutzentrale. Im Rahmen der Qualitätssicherung werden die Anforderungsbelege der Kreuzproben in die Patientenakte geheftet. Das Ergebnis des Bedside Tests wird in die Patientendokumentation eingetragen. Falls sich Transfusionszwischenfälle ereignen, werden diese mit einem Formblatt an die Blutzentrale gemeldet. Diese Regelung wird im Rahmen der Einarbeitung allen Mitarbeitern bekannt gemacht. Hausintern erfolgt die Meldung innerhalb der Dienstzeit an den Oberarzt, außerhalb der Dienstzeit im Rahmen der Frühesprechung.

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Jeder Mitarbeiter erhält am ersten Arbeitstag ein Infoblatt zum Medizinproduktegesetz, das auch den Meldeweg beschreibt. Der Mitarbeiter bestätigt die Kenntnisnahme. Bei jeder Geräteschulung bzw. Einweisung wird auf das Infoblatt hingewiesen. Im Schulungskalender sind die Geräteschulungen als Pflichtveranstaltung ausgewiesen. Die Teilnahme wird in einem Nachweisheft dokumentiert. Jeder Bereich hat einen Ordner, in dem alle in diesem Bereich verwendeten Geräte mit Bedienungsanleitung aufgeführt sind. Das vollständige Medizinproduktebuch ist in der EDV hinterlegt.

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

In der Planung bis zur Fertigstellung des Klinikneubaus 1998 wurden zahlreiche Maßnahmen des Umweltschutzes geplant und getestet. Umgesetzt wurden im Neubau bspw. die Wärmerückgewinnung sowie Zeitschaltprogramme bei Großverbrauchern und Beleuchtung. Beim Einkauf wird konsequent auf die Vermeidung von Abfall geachtet, z.B. durch die Anpassung der Gebindegrößen.

4 Informationswesen

4.1 Umgang mit Patientendaten

Im Krankenhaus existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die Erfassung, Dokumentation und Verfügbarkeit von Patientendaten sicherstellt.

4.1.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Eine hausinterne Regelung zur Führung und Dokumentation von Patientendaten liegt vor und findet Berücksichtigung.

An der Dokumentation der Patientenakte, die sowohl in Papierform als auch in elektronischer Form vorliegt, sind alle Berufsgruppen des Krankenhauses beteiligt. Die Verantwortlichkeiten für das Führen der Patientendokumentation sind festgelegt. Es existiert eine Handzeichenliste, aus der der Verfasser von Eintragungen eindeutig identifiziert werden kann. Es wird für jeden Aufenthalt in der Klinik eine neue Akte angelegt. Nach mehreren Aufenthalten eines Patienten werden die Akten zusammengefasst und nach dem System "Orbis" archiviert.

4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

Vom Krankenhaus wird eine vollständige, verständliche, korrekte, nachvollziehbare und zeitnahe Dokumentation von Patientendaten gewährleistet.

Die Mitarbeiter aus der Pflege dokumentieren ihre Tätigkeiten und Leistungen während und am Ende ihrer Schicht. Wichtige Vorfälle werden sofort dokumentiert. Therapeuten dokumentieren nach erfolgter Therapie. Ärzte dokumentieren Notfälle oder Ereignisse mit hoher Wichtigkeit so bald wie möglich. Befunde von stationären Patienten werden auf Station gesammelt und einmal täglich von einer Pflegekraft abgeheftet. Nachträglich eintreffende Befunde von entlassenen Patienten werden nach Kenntnisnahme durch den behandelnden Arzt von den Sekretärinnen des Schreibdienstes in die entsprechende Akte abgeheftet.

4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren, um den zeitlich uneingeschränkten Zugriff auf die Patientendokumentation zu gewährleisten.

Die Patientenakte befindet sich während des Aufenthaltes des Patienten auf Station und ist dort jederzeit erreichbar. Nach der Entlassung werden die Akten ein halbes Jahr im Schreibzimmer gelagert. Werden Akten von früheren Aufenthalten benötigt, so werden diese nach der stationären Aufnahme des Patienten vom betreuenden Arzt an der Pforte angefordert. Die Entnahme wird registriert.

4.2 Informationsweiterleitung

Im Krankenhaus existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die adäquate Weiterleitung von Informationen gewährleistet.

4.2.1 Informationsweitergabe zwischen verschiedenen Bereichen

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Informationsweitergabe innerhalb und zwischen verschiedenen Krankenhausbereichen.

Im Jahr 2003 wurde eine Kommunikationsstruktur zur Optimierung der Informationsweitergabe entwickelt und schriftlich fixiert. Es finden 2x jährlich Informationsveranstaltungen der Geschäftsführung, monatlich Sitzungen der Betriebsleitung und der Abteilungsleitungen (so genannter Runder Tisch) statt. Daneben erhält jeder Mitarbeiter mit der Gehaltsabrechnung die Mitarbeiterzeitung „Info Aktuell“. Den Besprechungen liegt i.d.R. eine Tagesordnung zu Grunde und es wird ein Protokoll erstellt. Das Protokoll muss als gelesen abgezeichnet werden. Wichtige Informationen werden auch per E-Mail versandt oder sind im Intranet zugänglich. Darüber hinaus existiert ein "Schwarzes Brett".

4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

Zentrale Auskunftsstellen im Krankenhaus werden mit Hilfe einer geregelten Informationsweiterleitung kontinuierlich auf einem aktuellen Informationsstand gehalten.

Zentrale Auskunftsstelle in der Klinik ist die Informationszentrale. Die Mitarbeiter der Informationszentrale sind in das moderne EDV – Krankenhausinformationssystem eingebunden, das ihnen jederzeit Zugriff auf wichtige Informationen, z.B. den aktuellen Dienstplan des ärztlichen Personals oder geplante Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen ermöglicht.

4.2.3 Information an die Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Alle Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit koordiniert die Öffentlichkeitsreferentin. Bei großen Ereignissen lädt sie Vertreter der Presse zum Gespräch mit den Entscheidungsträgern des Hauses ein. Für alle Teilnehmer erstellt die Referentin eine Vorlage mit den Strukturdaten des Krankenhauses, Informationen über das Ereignis und Fotos. Über Veranstaltungen des Hauses informiert eine Pressemitteilung und eine Mailing-Aktion. Alle Termine werden im Internet veröffentlicht. Am Jahresende wird ein konzernübergreifender Jahresbericht erstellt.

4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

Daten und Informationen insbesondere von Patienten werden im Krankenhaus durch verschiedene Maßnahmen geschützt.

Die Planung sieht einen Datenschutzbeauftragten vor, der regelmäßig im Haus Kontrollen zur Einhaltung des Datenschutzes vornimmt. Externe haben keinen Zugriff auf Daten des Krankenhauses. Die Zugriffsberechtigung der Mitarbeiter auf die EDV ist abhängig von der Funktion der Mitarbeiter und der Abteilung. Zugriffsberechtigte Mitarbeiter können von jedem PC im Hause auf alle Patientendaten zugreifen. Auf Mitarbeiterdaten kann nur die Personalabteilung zugreifen. Für den Umgang mit Fax und E-mail liegen Verfahrensregelungen vor.

4.3 Nutzung einer Informationstechnologie

Im Rahmen der Patientenversorgung wird Informationstechnologie eingesetzt, um die Effektivität und Effizienz zu erhöhen.

4.3.1 Aufbau und Nutzung einer Informationstechnologie

Die Voraussetzung für eine umfassende und effektive Nutzung der unterstützenden Informationstechnologie wurde geschaffen.

Es ist ein voll vernetztes EDV-System vorhanden, an das die komplette Verwaltung, alle Stationszimmer, die meisten Arzt-Zimmer und alle Funktionsabteilungen angeschlossen sind. Die Leistungs- und Diagnosedokumentation wird komplett EDV- technisch unterstützt. Bei Einführung neuer Software- Produkte werden die Mitarbeiter umfassend geschult. Die Informationsweitergabe per E-Mail ist bereits fester Bestandteil der täglichen Praxis.

5 Krankenhausführung

5.1 Entwicklung eines Leitbildes

Das Krankenhaus entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden.

5.1.1 Entwicklung eines Leitbildes

Das Krankenhaus entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden.

Das Leitbild wurde 1999 von Mitarbeitern aus allen Einrichtungen des Trägers erarbeitet und zeigt deutlich die diakonische Ausrichtung der Einrichtung. Im Jahr 2000 wurde das Leitbild in Kraft gesetzt. In den Folgejahren gab es einen Diskussionsprozess, der zu einer Überarbeitung und Neuauflage des Leitbilds im September 2003 führte. Das Leitbild wird jedem Mitarbeiter ausgehändigt und wird den Patienten durch das Internet und Broschüren vermittelt. Des Weiteren wurden ein Pflegeleitbild und eine Seelsorgekonzeption entwickelt, Beide wurden mit dem Trägerleitbild abgestimmt.

5.2 Zielplanung

Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und steuert die Umsetzung der festgelegten Ziele.

5.2.1 Entwicklung einer Zielplanung

Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und nutzt diese für die Steuerung seiner Handlungen.

Die Zielplanung ist elementarer Bestandteil der Unternehmensplanung. Ausgehend von den strategischen Unternehmenszielen werden für abgestufte Zeithorizonte Ziele geplant. Die Planung wird von der Geschäftsführung in enger Abstimmung mit der Betriebsleitung entwickelt. Die Zielplanung ist wiederum Grundlage für die Entwicklung von Arbeitsprojekten und konkreten Maßnahmen der einzelnen Unternehmensbereiche, die durch klare Ziel- und Zeitvorgaben gekennzeichnet sind. Über den Entwicklungsstand der Maßnahmen und Projekte informiert sich die Betriebsleitung in den monatlich stattfindenden Betriebsleitungssitzungen

5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

Die aktuelle Organisationsstruktur des Krankenhauses ist festgelegt unter Benennung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten.

Für das Krankenhaus gibt es ein übergeordnetes Organigramm, das sich logisch in die Abteilungen fortsetzt. Eine genaue Festlegung der Aufgabengebiete, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten erfolgt in Stellenbeschreibungen.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

Die Krankenhausleitung entwickelt einen Finanz- und Investitionsplan und übernimmt die Verantwortung für dessen Umsetzung.

Im Auftrag der Gesellschafterversammlung hat der Geschäftsführer einen fünfjährigen Wirtschaftsplan zu erstellen. Auf dieser Grundlage nimmt er am Ende eines Geschäftsjahres und unter Einbeziehung aller Abteilungsleiter eine detaillierte Planung des Folgejahres vor. Die Überwachung der Planansätze erfolgt durch ausgewählte Kennzahlen. Die Chefarzte erhalten monatlich eine Übersicht, die unter anderem über Belegung, Verweildauer, Case Mix Index, Erlöse sowie Sach- und Personalkosten informiert..

5.3 Sicherstellung einer effektiven und effizienten Krankenhausführung

Das Krankenhaus wird effektiv und effizient geführt mit dem Ziel der Sicherstellung der Patientenversorgung.

5.3.1 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Leitungsgremien und Kommissionen

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise von Leitungsgremien und Kommissionen, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.

Es finden berufsgruppenübergreifende Besprechungen und Konferenzen statt. Für Sitzungen wird eine Tagesordnung erstellt, in die Mitglieder der jeweiligen Gremien eigene Tagesordnungspunkte einbringen können. Es werden in jeder Sitzung Protokolle verfasst und bei der nächsten Sitzung überprüft, ob die beschlossenen Maßnahmen durchgeführt wurden. Die Mitglieder der Betriebsleitung erhalten die Protokolle der untergeordneten Gremien zur Einsicht.

5.3.2 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.

In der Geschäfts- und Zuständigkeitsordnung sind detailliert die Verantwortungsbereiche und Kompetenzen der Geschäftsführung sowie der Mitglieder der Betriebsleitung fixiert. Ein wichtiger Bestandteil der Geschäfts- und Zuständigkeitsordnung ist die Kommunikationsstruktur, die die Zusammensetzung und Tagungshäufigkeit der einzelnen Gremien (z.B. Betriebsleitung, Runder Tisch) festlegt. Von sämtlichen Sitzungen werden Protokolle angefertigt, die den Sitzungsteilnehmern zugehen. Die Krankenhausführung erhält von allen untergeordneten Gremien die Protokolle. Diese werden innerhalb der Führung diskutiert und ggf. wird ein Feedback gegeben.

5.3.3 Information der Krankenhausführung

Die Krankenhausleitung informiert sich regelmäßig über Entwicklungen und Vorgänge im Krankenhaus und nutzt diese Informationen zur Einleitung verbessernder Maßnahmen.

Durch ein strukturiertes Berichtswesen erhält die Führung monatlich eine Übersicht mit ausgewählten Kennzahlen, die als Indikator für mögliche Fehlentwicklungen dienen. Durch die schriftlich fixierte Kommunikationsstruktur ist gewährleistet, dass einerseits die Mitarbeiter regelmäßig durch die Geschäftsführung informiert werden sowie andererseits die Geschäftsführung über aktuelle Probleme aufgeklärt wird. So ist sie in der Lage, kurzfristig auf Fehlentwicklungen zu reagieren.

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

Die Krankenhausführung fördert durch geeignete Maßnahmen das gegenseitige Vertrauen und den gegenseitigen Respekt gegenüber allen Mitarbeitern.

Die Informations- und Kommunikationsstrukturen sind im Unternehmensleitbild sowie in der Geschäfts- und Zuständigkeitsordnung beschrieben. Die Mitarbeiter werden über die regelmäßig stattfindenden Besprechungen und Informationsveranstaltungen sowie über die monatlich erscheinende aktuelle Mitarbeiterzeitung informiert. Als Ausdruck der gewünschten guten Zusammenarbeit mit der Mitarbeitervertretung finden vierteljährlich Treffen mit der Betriebsleitung statt

5.4 Erfüllung ethischer Aufgaben

Ethische Aufgaben von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen werden krankenhausesweit respektiert und berücksichtigt.

5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen

Im Krankenhaus werden ethische Problemstellungen systematisch berücksichtigt.

Durch den Träger, das Diakoniewerk Bethesda, wird zurzeit eine einrichtungsübergreifende Ethikkommission einberufen, die allen Mitarbeitern als Ansprechpartner zur Verfügung steht. Begleitend wurden so genannte „Ethische Fallbesprechungen“ eingeführt, die von Mitarbeitern und Patienten beratend angerufen werden können. Mögliche Fragestellungen für die „Ethische Fallbesprechung sind, z.B. die Anlage einer Ernährungssonde bei schwerstkranken Menschen, Therapiereduzierung oder Therapieabbruch sowie andere ethische Entscheidungssituationen.

5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

Im Krankenhaus werden Bedürfnisse sterbender Patienten und ihrer Angehörigen systematisch berücksichtigt.

Das Krankenhaus berücksichtigt soweit wie möglich die besonderen Bedürfnisse sterbender Menschen und ihrer Angehörigen. Patienten, die sich im Sterbeprozess befinden, werden im Rahmen der Palliativmedizin und -pflege betreut. Ein Schwerpunkt liegt auf der Schmerztherapie. Angehörige können beim sterbenden Patienten verweilen und dort übernachten. Es gibt eine institutionalisierte Sterbebegleitung durch eine geschulte Sitzwachengruppe und durch die Dauer-Rufbereitschaft der Seelsorge. Ein Aussegnungsraum ermöglicht den würdevollen Abschied von den Verstorbenen.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

Im Krankenhaus gibt es Regelungen zum adäquaten Umgang mit Verstorbenen und deren Angehörigen.

Um den Angehörigen einen würdevollen Abschied zu ermöglichen, kann der Verstorbene im Aussegnungsraum aufgebahrt werden. Die Seelsorger bieten die Aussegnung des Verstorbenen an. Darüber hinaus stehen die Seelsorger den Angehörigen jederzeit für ein Gespräch zur Verfügung.

6 Qualitätsmanagement

6.1 Umfassendes Qualitätsmanagement

Die Krankenhausführung stellt sicher, dass alle Krankenhausbereiche in die Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements eingebunden sind.

6.1.1 Einbindung aller Krankenhausbereiche in das Qualitätsmanagement

Die Krankenhausführung ist verantwortlich für die Entwicklung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements.

Das Krankenhaus hat im Sommer 2002 mit externer Beratung begonnen, ein umfassendes Qualitätsmanagement einzuführen. Die Einführung wurde mit der erfolgreichen Zertifizierung nach KTQ abgeschlossen. Eine kontinuierliche Weiterentwicklung folgt. Es treffen sich regelmäßig Qualitätszirkel, in denen Mitarbeiter aller Bereiche und Berufsgruppen vertreten sind. In diesen Zirkeln werden qualitätsverbessernde Projekte bearbeitet. Die Qualitätspolitik wird durch den Qualitätsmanagementbeauftragten umgesetzt, der - als Stabsstelle - der Geschäftsführung zugeordnet ist.

6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

Das Krankenhaus entwickelt, vermittelt und setzt Maßnahmen zu Erreichung von Qualitätsziele um.

Qualitätsziele werden in der jährlich stattfindenden Qualitätskonferenz von der Geschäftsführung/Betriebsleitung definiert. Daraus leiten sich Projekte ab, die in den Qualitätszirkeln bearbeitet werden. Nach Abschluss der Projekte werden die Ergebnisse der Geschäftsführung/Betriebsleitung vorgestellt, die die für die Umsetzung notwendigen Maßnahmen beschließt.

6.2 Qualitätsmanagementsystem

Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Als zentrale Führungsaufgabe ist das Qualitätsmanagement originäre Aufgabe der Krankenhausleitung, die alle grundlegenden Entscheidungen zum Qualitätsmanagement trifft. Die Stelle eines Qualitätsmanagementbeauftragten wurde im Umfang von 20 Wochenstunden als Stabsstelle eingerichtet. Die konkreten Umsetzungsvorschläge bzw. die Erarbeitung neuer Konzepte und Prozessverbesserungen erfolgt in Qualitätszirkeln, die regelmäßig tagen. Das Bethesda Krankenhaus wird extern durch die Bildungs- und Beratungsgesellschaft für Qualitätsmanagement (BIGQU) beraten.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

Im Krankenhaus werden regelmäßig und systematisch Methoden der internen Qualitätssicherung angewandt.

Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung befinden sich im Aufbau. Bereits realisiert wurde beispielsweise die regelmäßige Überprüfung der Dokumentation des Pflegedienstes auf Station und die Übergabe am Patientenbett durch die Pflegedienstleitung. Einmal wöchentlich findet auf allen Stationen und in der Tagesklinik eine Therapiekonferenz statt, in der das bisherige Vorgehen überprüft und weitere Behandlungsschritte geplant werden. Die Hygienefachkraft erfasst und protokolliert zusammen mit einem Oberarzt alle neu auftretenden Blaseninfektionen.

6.3 Sammlung und Analyse qualitätsrelevanter Daten

Qualitätsrelevante Daten werden systematisch erhoben und analysiert und zu qualitätsverbessernden Maßnahmen genutzt.

6.3.1 Sammlung qualitätsrelevanter Daten

Qualitätsrelevante Daten werden systematisch erhoben.

Die Klinik beteiligt sich an den gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung. Weitere qualitätsrelevante Daten werden in den Bereichen Inkontinenz, Sturzerfassung und Diabetes mellitus erhoben und ausgewertet.

6.3.2 Nutzung von Befragungen

Regelmäßig durchgeführte Patienten- und Mitarbeiterbefragungen sowie Befragungen niedergelassener Ärzte werden als Instrument zur Erfassung von Patienten- und Mitarbeiterbedürfnissen und zur Verbesserung der Krankenversorgung genutzt.

Die Planung der Klinik sieht regelmäßige Patienten-, Mitarbeiter- und Einweiserbefragungen vor. Im Jahr 2005 wird eine Befragung der einweisenden Ärzte mit Hilfe eines standardisierten Fragenkatalogs durchgeführt. Weiterhin findet eine Patienten- und Mitarbeiterbefragung statt, die durch ein erfahrenes, externes Marktforschungsunternehmen durchgeführt und ausgewertet wird. Eine Befragung unserer Patienten zu Angebot und Qualität der Speiseversorgung findet drei mal pro Woche durch eine für diese Aufgabe geschulte Mitarbeiterin des Hauses statt.

6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

Ein aktives Beschwerdemanagement ist etabliert. Beschwerden können schriftlich, mündlich oder per E-mail an die Seelsorgerin gerichtet werden. Diese koordiniert die eingegangenen Beschwerden. Es befinden sich Beschwerdebriefkästen auf den Stationen, in der Tagesklinik sowie im Eingangsbereich der Klinik. Die Patienten erhalten mit ihren Aufnahmeunterlagen auch ein Faltblatt „Ihre Meinung ist uns wichtig“. Das Pflegepersonal ist angehalten den Patienten beim Ausfüllen des Faltblatts behilflich zu sein. Die eingegangenen Beschwerden werden regelmäßig in der Betriebsleitung bearbeitet. Am Ende des Jahres wird eine Übersicht erstellt und der Betriebsleitung vorgestellt. Wünsche und Beschwerden über das Essen werden direkt an die Küche weitergeleitet und dort nach Möglichkeit umgesetzt.