



KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009.2 für Krankenhäuser

Einrichtung:	Kliniken der Stadt Köln Krankenhaus Merheim
Institutionskennzeichen:	260531730
Anschrift:	Ostmerheimer Str. 200 51109 Köln
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:	2014-0035 KHVB
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	SAMA Cert GmbH
Gültig vom:	21.05.2014
bis:	20.05.2017

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	10
1 Patientenorientierung	11
2 Mitarbeiterorientierung	16
3 Sicherheit	18
4 Informations- und Kommunikationswesen	21
5 Führung.....	23
6 Qualitätsmanagement	26

Vorwort der KTQ®

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren ist ein spezifisches Zertifizierungsverfahren des Gesundheitswesens für die Bereiche Krankenhaus, Arztpraxen, MVZ, Pathologische Institute, Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Hospize und alternative Wohnformen und Rettungsdienstleistungen.

Gesellschafter der KTQ® sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) und der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e. V. (HB). 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, insbesondere der KTQ-Katalog, wurde hierarchie-, und berufsgruppenübergreifend in konstruktiver Zusammenarbeit zwischen der KTQ-GmbH und Praktikern aus dem Gesundheitswesen entwickelt und erprobt. Im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden die Kataloge entsprechend weiterentwickelt.

Mit dem freiwilligen Zertifizierungsverfahren und dem damit verbundenen KTQ-Qualitätsbericht bietet die KTQ® somit Instrumente an, die die Sicherung und stetige Verbesserung der Qualität in Einrichtungen des Gesundheitswesens für die Öffentlichkeit darstellen.

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen Kriterien, die sich auf

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit,
- das Kommunikations- und Informationswesen,
- die Führung des Krankenhauses und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung 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.

¹ zu diesen zählen: Verband der Ersatzkassen e. V., AOK-Bundesverband, BKK-Bundesverband, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Knappschaft.

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren[®] gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet im zweijährigen Turnus den strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass die Kliniken der Stadt Köln gGmbH, Krankenhaus Merheim, mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermitteln.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter www.ktq.de abrufbar.

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Dr. med. M. Vogt

Für den Hartmannbund

Vorwort der Einrichtung

Das Krankenhaus Merheim ist das größte Haus der Kliniken der Stadt Köln gGmbH. Das Krankenhaus entstand nach dem Zweiten Weltkrieg auf dem Gelände des ehemaligen Fliegerhorsts Köln-Ostheim. Am 06.03.1946 wurde mit 7 Betten zunächst die Innere Abteilung eröffnet. 1947 wuchs die Zahl auf 100 Betten. Der erste Spatenstich zu dem neuen Klinikum erfolgte am 30. April 1975, im März 1983 fand die offizielle Einweihung statt.

Heute ist das Krankenhaus Merheim ein modernes Klinikum der Maximalversorgung mit 752 Betten in zwölf Fachabteilungen (Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Augenklinik, Lungenklinik, Medizinische Klinik I und II, Neurochirurgie, Neurologie und Palliativmedizin, Plastische Chirurgie, Radiologie / Neuroradiologie, Strahlenheilkunde, Unfallchirurgie, Orthopädie und Sport-Traumatologie sowie Viszeral-, Gefäß- und Transplantationschirurgie).

Jährlich werden mehr als 20.000 Patientinnen und Patienten stationär behandelt. Daneben gibt es ein umfassendes Angebot an Spezialambulanzen. Gemeinsam mit dem Klinikum der Universität zu Köln wird ein Transplantationszentrum betrieben. Angegliedert an das Krankenhaus ist eine Abteilung des Berufsgenossenschaftlichen Universitätsklinikums Bergmannsheil in Bochum, in der Unfallverletzte nach dem Versorgungsstandard der berufsgenossenschaftlichen Kliniken behandelt werden.

Auf dem Gelände des Krankenhauses haben das Institut für Transfusionsmedizin, das Institut für Hygiene, die Zentralapotheke und das Institut für Pathologie ihren Sitz. Diese zentralen Einrichtungen versorgen alle Patientinnen und Patienten der drei städtischen Krankenhäuser.

Forschung und Lehre haben im Krankenhaus Merheim einen hohen Stellenwert. Seit 2003 besteht eine enge Kooperation mit der Universität Witten/Herdecke. Das Krankenhaus Köln-Merheim ist „Klinikum der Universität Witten / Herdecke“. Die Lehrstühle für Anästhesiologie II, Chirurgie I, Innere Medizin I, Plastische Chirurgie, Unfallchirurgie / Orthopädie, Strahlentherapie und Thoraxchirurgie haben ihren Sitz in Merheim. Auch das Institut für Forschung in der operativen Medizin ist auf dem Campus Merheim angesiedelt. Zudem ist das Klinikum Merheim Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln. Das Institut für Aus-, Fort- und Weiterbildung des städtischen Klinikverbunds, 2007 nach LQW (Lernerorientierte Qualitätstestierung in der Weiterbildung) testiert, kooperiert mit dem Krankenhaus Merheim, um Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Berufsgruppen aus-, fort- und weiterzubilden.

Das medizinische Spektrum entspricht in allen Fachbereichen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Medizin. Das Krankenhaus bietet eine medizinische Versorgung auf hohem Niveau und eine kompetente pflegerische Betreuung. Bei der Versorgung der Patienten stehen ihre individuellen Bedürfnisse im Mittelpunkt. Die Pflegekräfte betreuen die Patientinnen und Patienten nach aktuellen Standards unter Berücksichtigung der Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Auf allen Stationen, Ambulanzen und im Operationssaal sind erfahrene Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger im Einsatz. In Zusammenarbeit mit dem angegliederten Institut für Aus-, Fort- und Weiterbildung wird eine fachlich qualifizierte, praxisnahe Aus- und Weiterbildung sichergestellt.

Das Krankenhaus Merheim engagiert sich im Rheinischen Tumorzentrum, einem Netzwerk von Klinik- und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, um die Versorgung Krebskranker weiter zu verbessern.

Neben der Kooperation mit anderen Kliniken legt das Krankenhaus großen Wert auf eine enge Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, Selbsthilfeorganisationen, ambulanten

Diensten und Reha-Einrichtungen, um eine gute Versorgung der Patientinnen und Patienten auch nach der Entlassung sicherstellen zu können. Zur Unterstützung pflegender Angehöriger bietet das Krankenhaus Köln-Merheim eine Begleitung durch das Team der „familialen Pflege“ in Form von Beratungsgesprächen, Pflegetrainings im Krankenhaus und zu Hause, Familiengespräche, Hausbesuche, Pflegekursen, Demenzkursen und Angehörigengruppen.

Im Zentrum für ambulante Chirurgie Köln-Merheim (ZaCK) bieten die chirurgischen Kliniken die Gelegenheit, die umfassende Erfahrung und Kompetenz eines Krankenhauses der Maximalversorgung auch für ambulante Operationen zu nutzen.

Das Nieren- und Hochdruckzentrum stellt eines der ersten Schwerpunktzentren dieser Art in Deutschland dar. Da ca. 50 % der Bundesbürger über 50 Jahren an einer arteriellen Hypertonie erkranken und ein erhöhter Blutdruck die wesentliche Ursache für Herz- und Kreislauf-erkrankungen mit Todesfolge darstellt, ist diese Zentrumsbildung von erheblicher gesundheitspolitischer Relevanz.

Im Jahr 2007 hat eine der modernsten Intensivstationen Deutschlands die Arbeit aufgenommen. Die interdisziplinäre Station, in der die Intensivbetten der verschiedenen operativen Kliniken in Merheim zusammengefasst sind, verfügt über 32 Betten. Beim Umbau wurde ein innovatives Konzept umgesetzt, das eine moderne Hightech-Ausstattung mit einem patientenfreundlich gestalteten Umfeld verbindet. Die klimatisierten Räume sind hell, freundlich und verfügen - im Gegensatz zu früher oft üblichen „Boxen“ im Inneren des Gebäudes - über große Fensterflächen. Die Station ist in Pflegegruppen aufgeteilt, so dass trotz der Stationsgröße eine individuelle Betreuung der Patientinnen und Patienten durch ein kleines Team gewährleistet ist.

Bereits ein Jahr vorher wurden im neuen Funktionstrakt Haus 20 A eine hochmoderne internistische und eine neurologische Intensivstation incl. Stroke Unit in Betrieb genommen. Somit sind die Intensivbereiche des Klinikums in großer räumlicher Nähe zueinander angesiedelt, was eine Optimierung der interdisziplinären Zusammenarbeit ermöglicht. Die Schlaganfallstation bietet als zertifizierte überregionale Stroke Unit ein optimales Versorgungsangebot bei Schlaganfällen. Die medizinische Intensivstation konnte von 8 auf 15 Betten erweitert werden. In der interdisziplinären Endoskopieabteilung werden nahezu alle modernen endoskopischen Verfahren angeboten. Die Dialyse wurde in einem großzügigeren freundlicheren Bereich untergebracht und bietet nun 24 Plätze für Hämodialyse, Bauchfelldialyse und Infektionsdialyse.

Die Palliativstation der Neurologischen Klinik wurde im Januar 2007 mit dem „1. Kölner Palliativtag“ offiziell eröffnet. Warme Farben und viel Holz sorgen in den sechs vollständig neu eingerichteten Einzelzimmern für eine wohnliche Atmosphäre. Jedes Zimmer verfügt über ein eigenes Bad und eine Übernachtungsmöglichkeit für Angehörige. Im Mittelpunkt der Behandlung auf der Palliativstation steht die Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität durch Linderung von quälenden Symptomen und Sorgen. Dies wird durch individuelle Pflege und einen ganzheitlichen Behandlungsansatz erreicht. Palliative Betreuung bezieht die Angehörigen des Patienten mit ein. Angestrebt wird eine Weiterbetreuung, die allein dem Wunsch des Patienten entspricht, sei es zu Hause oder in einer anderen Einrichtung, z.B. einem Hospiz. Ein Team aus Ärztin, Pflegenden, Psychologin, Seelsorge und Sozialem Dienst sorgt für eine kompetente medizinische und pflegerische Betreuung.

Hell und freundlich sind die Zimmer, die Patientinnen und Patienten auf den modernisierten Pflegestationen im Klinikum Merheim beziehen können. Sofort sichtbares Ergebnis der umfassenden Stationssanierung sind helle PVC-Böden in Parkettdesign und neue Einbaumöbel mit mobilen Elementen, die Verlegungen der Patientinnen und Patienten innerhalb des Hauses erleichtern. Ein konsequent umgesetztes Farbkonzept in warmen Erdtönen unterstreicht den freundlichen Eindruck. Auch im Sanitärbereich wurde der Komfort deutlich verbessert:

Während es vor der Sanierung in der Regel ein Bad für zwei Doppelzimmer gab, verfügt nun jedes Patientenzimmer der renovierten Stationen über ein eigenes, modern gestaltetes Bad mit Waschbecken, WC und Dusche.

Mit einem weiteren Neubau am Klinikum investierten die Kliniken der Stadt Köln gGmbH rd. 70 Mio. Euro in die Verbesserung der Patientenversorgung. Neben dem bestehenden Haupthaus wurde ein sechsgeschossiges Gebäude mit Funktionsbereichen, Pflegestationen und einem Hubschrauberlandeplatz (Haus 20B) errichtet. Dabei wurde auch ein neuer, gemeinsamer Eingangsbereich mit Kiosk, Cafeteria und Empfang geschaffen. Der Neubau verfügt über sieben Ebenen, wobei die unteren drei den Sockel des Gebäudes bilden. Hier sind hauptsächlich Diagnostikbereiche angesiedelt. Außerdem entstanden fünf neue Operationsäle. In den oberen Etagen haben die Bettenstationen ihren Platz. Die Patienten können sich in komfortablen hellen Einzelzimmern mit ansprechendem Ambiente wohl fühlen. Der Hubschrauber kann direkt auf dem Flachdach landen, um mit kurzen Wegen zum Notfallaufzug die schnellstmögliche Versorgung der Patienten sicherzustellen. Der Neubau trägt damit dazu bei, die sehr gute Versorgung von Unfall- und Schwerverletzten weiter zu optimieren.

Das Krankenhaus Merheim wurde mit den verschiedenen chirurgischen Kliniken sowie der Klinik für Anästhesiologie als erste Kliniken in Deutschland für ihre Schmerztherapie ausgezeichnet. Sie erhielten das Zertifikat Qualitätsmanagement Akutschmerztherapie der TÜV Rheinland Group und wurden zwischenzeitlich erfolgreich rezertifiziert. Die strukturierte Akutschmerztherapie hat zu deutlichen Qualitätsverbesserungen geführt. Zur Ausbildung von Pflegepersonal in der Akutschmerztherapie werden Schulungen durchgeführt und Schmerzmentoren ausgebildet.

Als erstes Kölner Krankenhaus der Maximalversorgung erreichte das Krankenhaus Merheim im Jahr 2005 die Zertifizierung durch KTQ® - Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen GmbH und wurde 2008 rezertifiziert. Die Abteilung für Zentrale Sterilgutversorgung (ZSVA) hat im Jahr 2006 die Zertifizierung nach DIN ISO 9001:2000 und DIN EN ISO 13485:2003.

Die Klinik für Viszeral-, Gefäß- und Transplantationschirurgie ist im Februar 2013 durch die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie als erstes und bisher einziges Exzellenzzentrum für Minimal- Invasive Chirurgie ausgezeichnet worden.

Im Oktober 2013 wurde die Klinik als erstes Kompetenzzentrum für chirurgische Behandlung von bösartigen Erkrankungen des Peritoneums in NRW zertifiziert.

"Der Mensch im Zentrum unseres Handelns" lautet das Motto des in den Jahren 2001/2002 erarbeiteten Leitbilds. An dieser Leitlinie orientieren sich alle Aktivitäten und Projekte. Folgende besondere Aktivitäten bieten wir an:

Familiale Pflege

Das Krankenhaus Köln-Merheim bietet Pfeletrainings für Angehörige an. Die Kurse werden in Kooperation mit der AOK Rheinland/Hamburg und der Universität Bielefeld kostenlos und unabhängig von der Kranken- oder Pflegekasse durchgeführt. In den Pflegekursen lernen Angehörige die einzelnen Pflegehandlungen kennen und erhalten wertvolle Tipps für die Praxis zu Hause sowie einen Überblick über weitere Hilfsangebote, mit denen der Alltag in der Pflege im privaten Bereich besser organisiert werden kann. Zu den Themen gehören:

- Mobilisation und Bewegung
- Inkontinenz und Körperpflege
- Prophylaxen und Hilfsmittel
- Ernährung u.v.m.

Die Kurse finden an drei Tagen statt und umfassen insgesamt rund 11 Stunden. Darüber hinaus gibt es auch die Möglichkeit, den persönlichen Austausch in einer Angehörigen-Gruppe zu nutzen.

Wenn sich ein Patient noch stationär im Krankenhaus Merheim befindet, ist bereits während des Klinikaufenthaltes ein Pfelegetraining am Bett des Patienten möglich. So erlangen Familienmitglieder frühzeitig und unter Anleitung Sicherheit im Umgang mit den notwendigen Pflegebehandlungen. Diese Unterstützung kann sogar bis zu sechs Wochen nach der Entlassung des Patienten zu Hause durchführt werden.

Kulturprogramm

Der Förderverein „Kultur im Krankenhaus Merheim e.V.“ wurde von Beschäftigten ins Leben gerufen, um die Gesundheit und Genesung der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus Merheim durch künstlerische und kulturelle Veranstaltungen zu verbessern, z.B. durch Lesungen, Konzerte oder Kunstausstellungen. Ein besonderes Highlight auf der Palliativ- und onkologischen Station ist der jährliche „Rheinische Nachmittag“ in der Karnevalszeit. Dem Engagement des Stationsteams und vieler Karnevalisten, die unentgeltlich auftreten, ist es zu verdanken, dass zwischenzeitlich ein komplettes Nachmittagsprogramm gestaltet werden kann.

Patientenrückmeldungen

"Ihre Meinung ist bei uns gefragt", so werden Patientinnen und Patienten gebeten, ihre Eindrücke über ihren Aufenthalt im Krankenhaus mit einem Rückmeldebogen zu schildern. Die Rückmeldekommission nimmt sich der Anliegen an, gibt Lob und Kritik weiter und nutzt Beschwerden, um unsere Qualität weiter zu verbessern. Dort werden mit der Patientenfürsprecherin, Vertreter der Verwaltungsleitung, der Pflegedirektion, der Reinigung und der Küche, einer Mitarbeiterin des Qualitätsmanagements und ggf. auch Vertretern des ärztlichen Bereichs, Wünsche, Lob und Aktionen analysiert und entsprechende Maßnahmen eingeleitet.

Das Krankenhaus Merheim wird geleitet von

- Marc Habermann, Kaufmännischer Leiter
- Marcus Huppertz, Pflegedirektor, Mitglied des Direktoriums
- Priv. Doz. Dr. Axel Goßmann, Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Klinik für Radiologie

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

1.1 Rahmenbedingungen der Patientenversorgung

1.1.1 Erreichbarkeit der Aufnahmeplanung

Das Krankenhaus Merheim bietet ein umfassendes stationäres Angebot mit Spezialsprechstunden und Beratungsangeboten in den Bereichen Anästhesie, Unfallchirurgie, Orthopädie, Allgemein- und Viszeralchirurgie, Neurochirurgie, Plastischer Chirurgie, Neurologie, Innere Medizin und Radiologie an. Patienten, Angehörige und einweisende Ärzte können sich im Internet (www.kliniken-koeln.de), in Fortbildungen oder in persönlichen Gesprächen informieren. Terminwünsche und Bedürfnisse der Patienten werden berücksichtigt. Das Krankenhaus ist im Stadtteil ausgeschildert und mit öffentlichen Verkehrsmitteln sowie PKW gut erreichbar und innen und außen gut beschildert. Parkplätze und ein Parkhaus sind vorhanden; Behindertenparkplätze sind ausgeschildert; alle Bereiche innerhalb des Hauses sind behindertengerecht zu erreichen.

Der Empfang ist rund um die Uhr besetzt. Die Mitarbeiter geben individuell und kompetent Auskunft. Es werden bei Bedarf Rollstühle bereitgestellt. Der Neubau Haus 20b wurde mit Ambulanzen, Funktionsbereichen, Pflegestationen, fünf OPs und einem Hubschrauberlandeplatz in Betrieb genommen. Im Eingangsbereich gibt es Serviceangebote, z.B. einen Kiosk, einen Geldautomaten. In der administrativen Aufnahme entstehen selten Wartezeiten; die Mitarbeiter sind geschult und informieren umfassend. Stationspezifische Informationsflyer erhält der Patient bei der Ankunft auf der Station. Notfallpatienten werden von den Mitarbeitern des Empfangs zur entsprechenden Ambulanz weitergeleitet und vorrangig behandelt. Eine Pflegefachkraft kümmert sich um Erstmaßnahmen, anschließend ordnet ein Arzt weitere Maßnahmen an.

1.1.2 Leitlinien

Die Behandlung erfolgt unter Berücksichtigung von Behandlungspfaden, Pflegestandards, Hygienerichtlinien, Schmerzschemas, physiotherapeutischer Behandlungsvorgaben und hausinterner / med. Leitlinien der Fachgesellschaften. Diese sind im Intranet oder am Arbeitsplatz in Papierform verfügbar. Standards und Leitlinien werden aktualisiert und in regelmäßigen Fortbildungen und Besprechungen bezüglich ihrer Wirksamkeit thematisiert.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Die Ersteinschätzung der Erkrankung des Patienten erfolgt durch die Pflegefachkraft und den Arzt durch standardisierte Erhebungsbögen. Hierbei werden Risiken, Fähigkeiten, Lebensumstände und Erwartungen erfasst und regelmäßig, z.B. nach der täglichen gemeinsamen Visite, aktualisiert. Untersuchungen und Gespräche finden unter Wahrung der Intimsphäre statt. Die Patientendokumentation wird durch das Krankenhausinformationssystem unterstützt.

In täglichen Gesprächen (Visiten oder Einzelgespräche) werden die Patienten und auf deren Wunsch die Angehörigen über die geplanten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen informiert. Dabei wird auf die verständliche Darstellung der med. Sachverhalte Wert gelegt. Der Patient wird gebeten, offene Fragen anzusprechen, bei Bedarf in einem gesonderten Termin. Entscheidungen und Wünsche - z.B. religiöser / kultureller Art - werden respektiert. Fremdsprachige Informationsbögen und sprachkundige Mitarbeiter stehen zur Verfügung.

Betreuung, Versorgung und Ausstattung orientieren sich an den Bedürfnissen der Patienten. Ärzte besprechen diagnostische Ergebnisse, Verlauf und Prognose unter Berücksichtigung psychosozialer Fragen mit dem Patienten. Pflegende schulen Patienten und Angehörige in Seminaren und stellen Kontakt zu Selbsthilfegruppen her. Für onkologische Patienten sind regelmäßige fachübergreifende Fallbesprechungen eingerichtet. Es gibt auf jeder Station Flyer mit Angaben zu den Abläufen und dem Team. Bei Bedarf ist eine Unterbringung einer Begleitperson möglich.

1.1.4 Service, Essen und Trinken

Die Zusammenstellung der Speisen richtet sich nach den Bedürfnissen der Patienten; bei Bed. berät die Diätassistentin. Abendessen und Frühstück werden individuell zusammengestellt und können täglich verändert werden, täglich sind drei Mittagsgesichte mit Komponenten wählbar. Auf Kultur, Religion und besondere Wünsche und bei Terminierung von Visite / Untersuchungsplanung wird Rücksicht genommen. Es stehen u.a. Park, Kapelle und Cafeteria zur Verfügung.

1.1.5 Kooperationen

Strukturierte Besprechungen verschiedener Berufsgruppen und die täglichen Visiten stellen die Kooperation aller Beteiligten der Patientenversorgung sicher. Es gibt regelmäßige Fallbesprechungen (z.B. tägliche Röntgenbesprechung, Tumorkonferenzen, Besprechungen mit der Physiotherapie) und Besprechungen über die Arbeitsabläufe. Ärzte anderer Fachabteilungen werden durch ein einheitlich strukturiertes Konsiliarwesen einbezogen. Für mehrere externe Krankenhäuser bieten wir Telekonsile an.

1.2 Notfallaufnahme

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Die Notaufnahme ist 24 Stunden mit Ärzten und Pflegefachkräften besetzt. Die ersten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen werden veranlasst. Der Rettungsdienst kündigt die Patienten an. Die einzelnen Kliniken bieten Spezialsprechstunden an. Die Zusammenführung der Patientenakten sichert die Vernetzung mit dem stationären Bereich. Die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten erfolgt durch standardisierte Arztbriefe, gemeinsame Fortbildungen, Qualitätszirkel und persönliche Kommunikation.

1.3 Ambulante Versorgung

1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

Die Patienten werden bei der Terminvereinbarung gebeten, Vorbefunde mitzubringen, oder es erfolgt eine Rückfrage beim einweisenden Arzt, um sie bei weiteren diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu berücksichtigen. Vor der Aufnahme werden frühere Akten und Befunde auf der Station oder dem Zentralen Patientenmanagement (ZPM) vorbereitet. Das PACS (digitales Röntgenarchiv) und das Krankenhausinformationssystem sind 24 Stunden im Dauerbetrieb. Ein Zugriff auf die Daten im Archiv ist über den Empfang auch außerhalb der Kernarbeitszeiten der Archivmitarbeiterinnen 24 h/die möglich.

1.3.2 Ambulante Operationen

In den Fachabteilungen sind Sprechstunden zur Vorbereitung der Patienten für das terminierte ambulante Operieren eingerichtet. Fremdbefunde und Befunde, die in der Sprechstunde erhoben wurden, sowie vorhandene Berichte werden im Zentralen Patientenmanagement / Sekretariat vorbereitet. Vorhandene Röntgenbilder und –

befunde werden über das digitale Röntgenarchiv (PACS) genutzt.

Die OP-Pläne werden durch leitende Oberärzte (oder Vertreter) erstellt. Nach Rücksprache mit dem Chefarzt werden die OP-Pläne verbindlich. Zur Optimierung der Patientensicherheit und zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen sind u.a. Identifikationsarmbänder, OP-Checklisten incl. Team-Time-Out eingeführt.

Der behandelnde Arzt führt die Abschlussentlassungsuntersuchung des Patienten durch. Er plant mit dem Patienten die Weiterbehandlung (ggf. Information auch kurzfristig fernmündlich an den einweisenden Fach- oder Hausarzt). Falls eine ambulante Behandlung über die Ambulanz erforderlich ist, terminiert der Arzt für den Patienten entsprechend die Nachsorge.

1.4 Stationäre Versorgung

1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Der diensthabende Arzt legt die ersten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen fest. Für Haupt-Indikationen existieren Behandlungspfade für das therapeutische Team. Die weitere Behandlung wird mit dem Patienten (ggf. mit den Angehörigen), Ärzten, Pflegenden und weiteren Therapeuten gemeinsam besprochen, geplant und der zeitliche Ablauf (ggf. die Dauer) dokumentiert. Die Diagnostik und die stationäre Behandlung werden von einem Facharzt begleitet. Berufs- und fachübergreifende Konferenzen finden patientenbezogen statt. Verfahren für den vereinfachten Ablauf von Standarddiagnostiken sind eingeführt.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Für ausgewählte Behandlungen liegen standardisierte Diagnosepläne bzw. Behandlungsstandards vor. Eine pflegerische Anamnese und ein Pflegeaufnahmeplan werden innerhalb von 24 Stunden erstellt. Die Steuerung der Behandlung erfolgt in Abstimmung mit dem Patienten durch die täglichen Visiten unter Berücksichtigung des Pflegeberichts und der Aussagen des therapeutischen Teams.

Die Verordnung von Medikamenten erfolgt über Therapiestandards und wird durch die hauseigene Apotheke rund um die Uhr gesichert. Fachärzte sind in allen Abteilungen vor Ort oder in Rufbereitschaft. Zur Schmerztherapie gibt es standardisierte Vorgaben, bei Bedarf wird die Anästhesie hinzugezogen. Histologische und zytologische Untersuchungen erfolgen durch das Institut für Pathologie. Es gibt eine hauseigene Physiotherapie. Patienten und Angehörige werden in die Anwendung von Heil- und Hilfsmitteln eingewiesen.

1.4.3 Operative Verfahren

Die OP-Bereitschaft besteht rund um die Uhr. Die OP-Indikation wird durch einen Facharzt gestellt. Die langfristige OP-Planung erfolgt mit Hilfe eines Planes.. Der OP-Koordinator stellt in Absprache mit den Chefärzten, der Anästhesie- und OP-Pflege das Wochenprogramm zusammen. Täglich wird das Programm für den Folgetag abgestimmt. Die Kapazität der Intensivstation und der Inter-Mediate-Care Einheiten wird bei der Planung berücksichtigt. Pflegekräfte bereiten den Patienten rechtzeitig vor und sorgen für einen reibungslosen Ablauf. Notfall-Patienten werden entsprechend der Indikation zeitnah operiert. Die Termine für elektive Eingriffe werden möglichst eingehalten. Zur Optimierung der Patientensicherheit und zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen sind u.a. Identifikationsarmbänder und OP-Checklisten incl. Team-Time-Out eingeführt.

1.4.4 Visite

Die Visiten- und Essenszeiten sind so aufeinander abgestimmt, dass Störungen vermieden werden. Vor der Visite besprechen der Arzt und die Pflegekraft den aktuellen Zustand der Patienten. Ärzte und Pflegefachkräfte führen täglich mindestens eine Visite durch (Intensivstation mehrmals täglich) und beziehen bei Bedarf die Physiotherapeuten ein. Die Chefarztvisite findet einmal pro Woche statt. Im Gespräch mit dem Patienten wird auf eine verständliche Sprache und vertrauensvolle Atmosphäre Wert gelegt. Besucher und Unbeteiligte werden aus dem Zimmer gebeten.

1.4.5 Teilstationär, Prästationär und Poststationär

Die Termine für prä- und poststationäre Behandlungen werden über die Ambulanzsekretariate oder das Zentrale Patienten Management (ZPM) geplant und koordiniert. Falls ein Patient dringend behandelt werden muss, wird nach Rücksprache mit dem Arzt ein gesonderter Termin vergeben. Der Patient wird bei Wiedereinbestellungen darum gebeten, die Vorbefunde mitzubringen. Bei Bedarf spricht der behandelnde Arzt sich mit den weiter betreuenden Personen persönlich ab. In besonders komplexen Fällen koordinieren der Sozialdienst und/oder der behandelnde Stationsarzt nach vorheriger Abstimmung die nötigen Absprachen mit den nachstationären Einrichtungen, u.a. durch persönliche Treffen, telefonische oder schriftliche Informationen.

1.5 Übergang in andere Bereiche

1.5.1 Entlassung

Die Entlassungsplanung ist abhängig vom diagnostischen und therapeutischen Verlauf und damit Bestandteil der täglichen Visiten. Ärzte, Pflegende, Physiotherapeuten und die Mitarbeiter des Sozialdienstes stimmen die Entlassung ab und beziehen dabei die Patienten und Angehörigen ein. Die an der Versorgung Beteiligten führen ein Entlassungsgespräch mit Patienten, bieten bei Bedarf Schulungen (z.B. Umgang mit Geräten, Rund um die Ernährung, Mobilität und Hilfsmittel) an und organisieren die erforderlichen Heil- und Hilfsmittel.

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Die Weiterbetreuung wird u.a. über die Spezialambulanzen in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, ambulanten Diensten und Rehabilitationskliniken gesichert. In komplexen Fällen koordiniert der Sozialdienst die Absprachen zur Verlegung mit den nachstationären Einrichtungen. Er führt regelmäßige Gesprächs- und Arbeitskreise u.a. mit den ambulanten Diensten und Selbsthilfegruppen. Ein Verfahren für interne und externe Verlegungen wird berücksichtigt. Zur lückenlosen Information dienen der Entlassungsbrief und der Pflegeverlegungsbericht. Das Krankenhausinformationssystem unterstützt die zeitnahe Bereitstellung der Befunde, Arztbriefe und pflegerelevanter Informationen.

1.6 Sterben und Tod

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

Grundlage ist das im Leitbild formulierte ethische Grundprinzip. Eine Empfehlung zum Umgang mit Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten ist im Klinischen Ethik Komitee besprochen und in der Einrichtung kommuniziert worden.

Die Ärzte klären die Patienten frühzeitig über Diagnose und Prognose auf. Ärzte, Pflegende und Seelsorger gestalten gemeinsam mit dem Patienten und den Angehörigen den letzten Lebensabschnitt. Ziel ist es, die Grundbedürfnisse des Patienten zu

erfüllen. Dabei werden die Wünsche der Patienten und der Angehörigen erfragt und berücksichtigt. Dazu gehört der Wunsch nach dem Sterben zu Hause oder die Aufnahme in ein Hospiz ebenso wie die Schmerztherapie und die interdisziplinäre Palliativbehandlung z.B. auf der Palliativstation. Auf Wunsch wird bei Bedarf die Überleitung in ein Hospiz oder nach Hause organisiert. Zum Thema Trauerarbeit und Sterbebegleitung werden Fortbildungen für Angehörige und Mitarbeiter angeboten.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Ziel beim Umgang mit Verstorbenen ist ein würdevolles Abschiednehmen. Dazu gehört auf Wunsch die gemeinsame Versorgung des Patienten durch die Angehörigen und Pflegenden. Den Angehörigen wird im Zimmer auf der Station Zeit gegeben, in Ruhe Abschied zu nehmen. Es gibt außerdem einen Verabschiedungsraum. Die betreuenden Mitarbeiter oder die Seelsorge bietet für alle Angehörigen - unabhängig von der Konfession – ihre Begleitung an.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1 Personalplanung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Der Personalbedarf wird mit den jeweiligen Vorgesetzten auf der Grundlage von Leistungsdaten (u.a. Belegung, Fallzahlen, Pflegeintensität) und der Erlöskalkulation ermittelt. Bei den regelmäßig ermittelten Personalausfallquoten und der Fluktuation gibt es im Vergleich zu anderen Krankenhäusern keine Auffälligkeiten.

2.2 Personalentwicklung

2.2.1 Personalentwicklung/ Qualifizierung

Wesentliche Bausteine der Personalentwicklung sind ein Bewerber- und ein Talentmanagementsystem, die Definition von Kompetenzen, Führungskräftebildungen und die Durchführung von Zielvereinbarungs- und Fördergesprächen. Beim Zielvereinbarungsgespräch werden Arbeitsbedingungen, Aufgabenbereiche und die Zusammenarbeit im Team besprochen. Qualifikationsfördernde Maßnahmen werden thematisiert und bei Bedarf vereinbart. In Stellenausschreibungen sind Kenntnisse und Fähigkeiten der Mitarbeiter definiert; die Qualifikationen muss der Bewerber nachweisen, z.B. Examen oder Facharztanerkennung. Leitende Mitarbeiter nehmen an einer Führungskräftebildung teil.

2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Alle neuen Mitarbeiter nehmen am berufsgruppen- und hausübergreifenden Einführungstag teil und erhalten eine Einführungsmappe mit aktuellen Informationen. Sie werden durch Mentoren oder erfahrene Kollegen eingearbeitet. Diese geben den neuen Mitarbeitern Rückmeldungen; z.B. in Zwischen- sowie Probezeitabschlussgesprächen. Es stehen Standards, Leitlinien, Behandlungspfade und Verfahrensanweisungen schriftlich und im Intranet zur Verfügung.

2.2.3 Ausbildung

Eine praxisnahe Ausbildung wird durch die enge Zusammenarbeit zwischen dem Institut für Aus-, Fort- und Weiterbildung (AFW) und der Pflegedirektion sichergestellt. Praxisanleiter/Mentoren begleiten die Auszubildenden auf den Stationen; sie treffen sich zweimal jährlich in gemeinsamen Fortbildungen. Die Praxiseinsätze werden durch Jahrespläne und Lernziele vereinbart. Die klinikeigenen Pflegestandards sind Bestandteil der Ausbildung. Die Azubis lernen komplexe Pflegesituationen unter Anleitung in festgelegten Übungsschritten. In Vor-, Zwischen- und Abschlussgesprächen werden die Lernerfolge reflektiert.

2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Das Institut für Aus-Fort- und Weiterbildung (AFW) bietet jährlich ein Programm für alle Berufsgruppen an. Die berufsgruppenübergreifende Institutskonferenz berücksichtigt die Zielvorgaben der Kliniken und die Anregungen der Mitarbeiter. Auch über externe Veranstaltungen wird informiert. Wöchentlich finden in den Kliniken Fortbildungen statt.

Alle für den Arbeitsplatz vorgeschriebenen Fort- und Weiterbildungen werden vom Arbeitgeber bezahlt (z.B.: Fachkunde Strahlenschutz, Rettungsdienst). Dies gilt auch für alle Fort- und Weiterbildungen des AFW und ausgewählte externe Angebote. Das AFW stimmt mit der Geschäftsführung das Budget ab.

Alle Mitarbeiter können auf Intranet und Internet zugreifen. Eine umfassende Online-Bibliothek mit Zugang zu medizinischen Datenbanken und 2500 Fachzeitschriften

steht zur Verfügung; zusätzlicher Zugriff in den Bibliotheken der med. Fachbereiche und des AFW auf Standardwerke.

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Im Leitbild sind verbindliche Führungsgrundsätze beschrieben. Unser situativ-kooperativer Führungsstil betont transparente und nachvollziehbare Entscheidungsprozesse, systematische Zielvereinbarungen, die Kooperation und Kommunikation und berücksichtigt die einzelnen Fähigkeiten und Bedürfnisse der Mitarbeiter. Leitende Mitarbeiter haben an einer Schulung zur Umsetzung der Führungsgrundsätze teilgenommen. Die Umsetzung wird durch die Mitarbeiter im Rahmen der Mitarbeiterbefragung evaluiert.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

In allen Bereichen wird die Arbeitszeit EDV-gestützt unter Berücksichtigung von Mitarbeiterwünschen geplant und erfasst. Bei Veränderungen der Arbeitsbelastung sowie bei Veränderungen der gesetzlichen Vorgaben werden geeignete Arbeitszeitmodelle entwickelt.

2.3.3 Mitarbeiterideen,- wünsche und –beschwerden

Zur Bearbeitung und Umsetzung von Mitarbeiterideen gibt es ein strukturiertes Ideenmanagement. Vorschläge werden durch Sach- oder Geldprämien anerkannt. U.a. im Rahmen des jährlichen Zielvereinbarungs-/Fördergespräches hat jeder Mitarbeiter die Gelegenheit, Wünsche und Beschwerden zu äußern oder auch den Meinungsbogen zu nutzen. Mitarbeiter können an Qualitätszirkeln oder Projektgruppen mitwirken. Eine Sprechstunde der Geschäftsführung ist eingerichtet.

3 Sicherheit

3.1 Schutz- und Sicherheitssysteme

3.1.1 Arbeitsschutz

Ein Sicherheitsingenieur, zwei Ärzte für Arbeitsmedizin und 2 studentische Hilfskräfte stellen mit dem Arbeitsschutzausschuss das Verfahren zum Arbeitsschutz sicher. Alle Mitarbeiter werden vor der Einstellung, in festgelegten Abständen oder bei Gefährdungsbeurteilungen untersucht. Die Arbeitsplätze werden nach gesundheitlichen und sicherheitstechnischen Kriterien beurteilt und ggf. mit dem Gesundheitszirkel verbessert. Hausinterne Medizingenieure achten auf die Einhaltung des Strahlenschutzes. Der Patient wird vor unnötiger Strahlenbelastung geschützt.

3.1.2 Brandschutz

Der bestellte Brandschutzbeauftragte und -helfer setzen das entwickelte Brandschutzkonzept um. Die Schulungen der Mitarbeiter zum Brandschutz sind für 2014 geplant. Die Brandschutzhelfer überprüfen die Einhaltung der Brandschutzmaßnahmen, z.B. das Freihalten von Flucht- und Rettungswegen. Für den Fall eines Brandes liegt der Telefonzentrale und dem Empfang ein Alarmplan vor. Die Berufsfeuerwehr führt regelmäßige Begehungen durch. Rettungs- und Fluchtwege sind mit der Feuerwehr abgestimmt.

3.1.3 Umweltschutz

Ein Beauftragter für Abfallentsorgung unterstützt die Kliniken der Stadt Köln gGmbH (KdSK) bei der Einhaltung des Umweltschutzes. Er überprüft vor Ort die Einhaltung der Verfahrensanweisung, berät die Mitarbeiter und erstellt eine Abfallbilanz. Der Einkauf berücksichtigt, wenn möglich, bei Anschaffungen entsprechend unserem Leitbild ökologische Gesichtspunkte. Die Mitarbeiter trennen den Abfall bereits am Entstehungsort. Die technische Abteilung ermittelt den jährlichen Verbrauch von Strom, Fernwärme, Gas, Öl und Wasser. In der Wäscherei wird eine Abwasserrückgewinnungsanlage eingesetzt.

3.1.4 Katastrophenschutz

Das Krankenhaus Merheim ist in den Katastrophenschutz des Landes eingebunden. Die benannten Verantwortlichen nehmen bei Notfallsituationen die im Notfallhandbuch geregelten Aufgaben wahr. Eine Einsatzleitung ist benannt. Der Notfallplan liegt am Empfang und in der Telefonzentrale vor.

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Mit der Erstellung eines Notfallhandbuchs wurde mit der differenzierten Beschreibung von Notfällen begonnen. Aus den Szenarien wurden Handlungsanweisungen und Checklisten für die einzelnen Berufsgruppen abgeleitet. Verantwortlichkeiten für die Notfallplanung wurden in einer Verfahrensanweisung festgeschrieben und geschult. Unabhängige drahtlose Kommunikationsmittel, Beschilderungen und Sachmittel zur Primärversorgung (z.B. Rettungstücher zur Evakuierung von bettlägerigen Patienten) wurden angeschafft.

3.2 Patientensicherheit

3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Alle Pflegefachkräfte arbeiten in der Bereichspflege. Angehörige werden in die Pflege und Beaufsichtigung einbezogen und bei Bedarf mit aufgenommen. Die Besucher der Intensivstationen müssen sich über die Klingel und Gegensprechanlage anmelden.

den. In den Abend- und Nachtstunden ist die Klinik nur kontrolliert über die Haupteingänge zugänglich. Auf den Stationen sind Brandschutztüren eingebaut. Verfahrensanweisungen zur Verhinderung von Eigen- und Fremdgefährdung, zur Nutzung von Identifikationsarmbändern und zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen, sowie zum Umgang mit der Sicherheitscheckliste Team-Time-Out führen zu einer höheren Patientensicherheit.

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

Mit einer festgelegten Rufnummer wird im medizinischen Notfall ein interdisziplinäres Notfallteam alarmiert. Die Kenntnissnahme des Verfahrens ist Bestandteil jeder Einarbeitung. Das Notfallmanagement wird durch unregelmäßigen Probealarm geübt. Alle Pflegenden nehmen regelmäßig an einer Reanimationsfortbildung teil. Das AFW bietet zusätzlich ein interdisziplinäres Training mit simulierten Notfallsituationen für Funktionsbereiche an. Die in allen Bereichen vorhandenen Notfallwagen bzw. -koffer werden regelmäßig und nach Gebrauch überprüft und neu bestückt.

3.2.3 Hygienemanagement

Mitarbeiter erhalten bei ihrem Einstellungsgespräch, bei den Einführungsveranstaltungen und bereichsbezogen durch Online-Schulungen Informationen zu Hygienestandards. Die Hygienefachkraft und die Hygienementoren stehen bei Besonderheiten als Ansprechpartnerinnen zur Verfügung. Sie schulen vor Ort u.a. den Umgang mit infizierten Patienten. Zusätzlich werden Schulungen im Institut für Aus- Fort- und Weiterbildung (AFW) angeboten.

Die Mitarbeiterinnen der Hygiene prüfen die Einhaltung der Richtlinien durch regelmäßige Begehungen der Bereiche und Stichproben. Das Gesundheitsamt führt zusätzliche Begehungen durch. Geräte und Anlagen, die regelmäßig überprüft werden müssen, sind über eine Software erfasst. An die Prüftermine wird automatisch erinnert.

3.2.4 Hygienerrelevante Daten

Die Kliniken der Stadt Köln gGmbH nehmen an speziellen KISS-Programmen teil; standardisierte MRSA- und MRE Screenings (spezielle Untersuchung auf Krankenhaus - Problemkeime) für definierte Patientengruppen werden durchgeführt. Auf den mikrobiologischen Befunden werden Keime mit besonderer Widerstandsfähigkeit gekennzeichnet und Hygienemaßnahmen vorgeschlagen bzw. angeordnet. Die Hygiene informiert die Chefärzte monatlich über das Auftreten der Erreger. Sie erstellt in Zusammenarbeit mit dem nationalen Referenzzentrum für Krankenhaushygiene eine Statistik, wie oft im Krankenhaus Infektionen erworben werden.

3.2.5 Infektionsmanagement

Die Krankenhaushygienikerin stimmt mit der Hygienekommission die Planung und Kontrolle aller hygienischen Maßnahmen ab. Die Hygienefachkraft und die Hygienementoren sind vor Ort für die Umsetzung der Maßnahmen verantwortlich. Für alle Bereiche sind aktuelle Hygienepläne vorhanden. Die Beschlüsse werden in Leitlinien, Standards und Verfahrensanweisungen umgesetzt und im Intranet veröffentlicht. Das Krankenhaus beteiligt sich an der „Aktion saubere Hände“, an vielen Surveillance Programmen und an krankenhausesübergreifenden Studien.

3.2.6 Arzneimittel

Der Ablauf für die Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie für Medizinprodukte ist schriftlich festgelegt, um Materialien schnell und bedarfsgerecht

beschaffen zu können. Die Mitarbeiter sind darüber z.B. auch über das Intranet informiert.

Die Zentralapotheke versorgt in Abstimmung mit der Arzneimittelkommission das Krankenhaus mit qualitativ hochwertigen und kostengünstigen Arzneimitteln. Gängige Arzneimittel werden online mit Passwort bestellt. Ein Fachapotheker im Bereitschaftsdienst steht für Auskünfte und eilige Bestellungen 24 h zur Verfügung. Zytostatika werden in der Apotheke zubereitet. Mitarbeiter der Apotheke überprüfen zweimal im Jahr die Menge, das Verfallsdatum und die Lagerbedingungen der Arzneimittel auf der Station.

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Das klinikeigene Institut für Transfusionsmedizin hat mit den medizinischen Abteilungen ein QM-System zur Anwendung von Blut und Blutprodukten umgesetzt. Das Handbuch ist für jeden Mitarbeiter im Intranet einsehbar. Die Transfusionskommission und die Transfusionsbeauftragten der Abteilungen setzen die Regelungen um und entwickeln sie weiter. Jede Transfusion ist patienten- und chargenbezogen dokumentiert, so dass sowohl eine patienten- als auch eine produktbezogene Rückverfolgung möglich ist.

3.2.8 Medizinprodukte

Das geregelte Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten ist in einer Verfahrensanweisung festgelegt. Die Einweisung der Anwender ist detailliert beschrieben und dokumentiert. Für die Einweisung, Dokumentation und Wartung der Geräte ist das medizintechnische Servicezentrum verantwortlich. Technische Geräte dürfen nur von eingewiesenen Mitarbeitern benutzt werden.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1 Informations- und Kommunikationstechnologie

4.1.1. Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

In einem einheitlichen Dokumentationssystem erfassen alle am Behandlungsprozess Beteiligten die Patientendaten. Vor der Archivierung wird jede Patientenakte auf Vollständigkeit überprüft. Mit dem Krankenhausinformationssystem wird die elektronische Erfassung und Archivierung schrittweise eingeführt.

Das Krankenhausinformationssystem wird sukzessive erweitert. Die PC-Arbeitsplätze sind vollständig vernetzt. Ein digitales Röntgenarchiv (PACS) wird genutzt, so dass die Röntgenbilder jederzeit zur Verfügung stehen. Ein ununterbrochener Zugang ist durch mehrere Rechnersysteme gesichert.

Für die Bearbeitung von Problemen sind eine Hotline und eine Rufbereitschaft außerhalb der Kernarbeitszeiten eingerichtet. Bei der Einführung neuer Programme (z.B. KIS-Umstellung, zur Dienstplangestaltung oder Bestellwesen) finden Schulungen statt. Eine Datenschutzkoordinatorin und ein externer Datenschutzbeauftragter unterstützen die Sicherung und die Einhaltung des Datenschutzes.

4.2 Patientendaten

4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Für jede Klinik ist ein ärztlicher Beauftragter benannt, der bei Fragen bezüglich Kodierung der Diagnosis Related Groups, also den diagnosebezogenen Fallgruppen, als Ansprechpartner fungiert und Informationen in seine Klinik weiterleitet. Die Mitarbeiter im Fallmanagement beantworten die Anfragen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen. Die Akte wird anhand der gegliederten Befundsammelmappe angelegt und auf Vollständigkeit überprüft. Das Medizincontrolling überprüft nach Entlassung des Patienten, ob alle Daten aus den verschiedenen Leistungsbereichen erfasst wurden und im Leistungsdatensatz abgebildet sind. Die leistungserbringende Abteilung wird vom Medizincontrolling informiert, wenn Datensätze unvollständig sind und somit eine zeitnahe Vervollständigung der Dokumentation erfolgt.

4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Eine kontinuierliche zeitnahe Aufzeichnung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen durch die an der Behandlung Beteiligten ermöglicht eine nachvollziehbare Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Therapie. Strukturierte Patientenakten und das Krankenhausinformationssystem sorgen für Übersichtlichkeit und ermöglichen ein schnelles Auffinden der benötigten Daten.

Alle Patientenakten und digitale Röntgenbilder werden 30 Jahre in einem zentralen Archiv aufbewahrt. Außerhalb der Dienstzeiten der Archivmitarbeiter ist ein Zugriff über die Mitarbeiter des Empfangs rund um die Uhr möglich. Die Ärzte haben zusätzlich jederzeit EDV-gestützten Zugriff auf die Arztbriefe, die radiologischen Bilder sowie die Befunde und Patientendaten der Endoskopie, der Pathologie und der Radiologie sowie auf die Labordaten. Die Verfügbarkeit der Patientendaten über das Krankenhausinformationssystem wird kontinuierlich ausgeweitet.

4.3 Informationsmanagement

4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Die Krankenhausleitung informiert sich in Leitungsgremien und Kommissionen über die aktuellen Entwicklungen. Sie nutzt den Austausch zur Vereinbarung von Verbesserungen. Grundlage sind u.a. Patientenrückmeldungen, Schadensmeldungen, In-

fektionsraten und Protokolle der Gremien. Für Leitungsgremien und Kommissionen liegen einheitlich strukturierte Geschäftsordnungen und ein Organigramm vor. Dabei sind die Verantwortlichen für alle Ebenen und Organisationseinheiten namentlich aufgeführt. Die Weitergabe externer Informationen, wie Gesetzesänderungen oder ähnliches werden sichergestellt. Das Sekretariat der Geschäftsführung verteilt die Informationen entsprechend der im Geschäftsverteilungsplan festgelegten Aufgabengebiete. Zusätzlich werden die Mitarbeiter in Informationsveranstaltungen der Geschäftsführung über aktuelle Themen unterrichtet.

4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)

Die Ansprechpartner für die Patienten sind fachabteilungsübergreifend in den Bereichsflyern und stationsspezifisch durch Aushänge und schriftliche Patienteninformationen auf den Stationen definiert. Patienten, Angehörigen, einweisende Ärzten und der interessierten Öffentlichkeit werden über Fortbildungen, Veranstaltungen, Informationsmaterialien, Merkblätter, Pressemitteilungen und das Internet (www.kliniken-koeln.de) aktuelle Mitteilungen angeboten. Hierbei stehen die Informationen über das Leistungsangebot, medizinische Neuerungen, Patienten- und Angehörigen-Schulungen und Fachvorträge im Mittelpunkt. Ein Newsletter für niedergelassene Ärzte wird regelmäßig versendet.

Die Informationsweitergabe erfolgt in abteilungsinternen und abteilungs- sowie berufsgruppenübergreifenden Besprechungen. Neuerungen und Änderungen werden per Rundschreiben oder den klinikweiten E-Mailverteiler bekannt gemacht. Die Mitarbeiterzeitung KliMa, die regelmäßig erscheint, sowie der Newsletter "Klinik aktuell", die Informationen der Geschäftsführung und Texte im Intranet informieren über Aktuelles, Hintergründe und die Weiterentwicklung der Kliniken.

4.4 Telefonzentrale und Empfang

4.4.1 Organisation und Service

Am Empfang in der Eingangshalle werden zentral Auskünfte datenschutzkonform gegeben. Der Empfang ist rund um die Uhr besetzt. Den Mitarbeitern liegen u.a. eine Patientenübersicht, ein Lageplan, das Ambulanzangebot, Dienstpläne und eine Telefonliste vor. Telefonische Auskunft gibt die Telefonzentrale. Das Institut für Aus- Fort- und Weiterbildung führt Schulungen für die Mitarbeiter zur kommunikativen Kompetenz durch. Jeder Patient erhält bei der Aufnahme u.a. einen Meinungsbogen "Ihre Meinung ist bei uns gefragt!" und ein Merkblatt zum Datenschutz.

4.5 Datenschutz

4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Der Patient wird über Art, Zweck und Umfang der Erhebung und Speicherung seiner Daten im Aufnahmeantrag unterrichtet. Jeder Mitarbeiter verpflichtet sich bei der Einstellung zur Einhaltung der Datenschutzbestimmungen, die in einer Verfahrensweisung geregelt sind. Die Datenschutzkoordinatorin überprüft die Einhaltung. Vertrauliche Gespräche finden grundsätzlich im Arztzimmer statt. Das EDV-Netzwerk der Kliniken der Stadt Köln gGmbH ist durch Sicherheitssysteme vor unberechtigten Zugriffen geschützt. Interne Zugriffe sind in einem Berechtigungskonzept geregelt.

5 Führung

5.1 Unternehmensphilosophie und –kultur

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Es gibt ein umfassendes Leitbild, das berufsgruppen-, hierarchie- und fachübergreifend erarbeitet wurde. Es beinhaltet die langfristigen Ziele des Unternehmens und beschreibt die Art und Weise, wie die Ziele erreicht werden. Essentiell hierfür sind die definierten Führungsgrundsätze. Alle Maßnahmen, die zur Qualitätsverbesserung eingesetzt werden, beziehen sich auf das Leitbild, bzw. auf bestimmte Leitbildbausteine. Jährlich finden Leitbildaktionen statt (z.B. Leitbildkalender, Ausstellung, Postkartenaktion, Leitbildrevue), um das Leitbild präsent und lebendig zu halten.

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und –fördernder Maßnahmen

Im Leitbild sind vertrauensfördernde Maßnahmen in den Bausteinen Führungsgrundsätze, Kooperation und Kommunikation und Mitarbeiterorientierung beschrieben. Strukturierte Besprechungen, Einzelgespräche und Mitarbeiterfeste fördern das Verständnis und die Zusammenarbeit. Bei Bedarf können Supervision und Coaching in Anspruch genommen werden. Bei wichtigen Veränderungen werden die Mitarbeiter über Intranet, Mitarbeiterzeitschrift, Anschreiben der Geschäftsführung, per Brief oder per Email informiert, ebenfalls erhalten sie auf diesem Weg Informationen zu Veranstaltungen.

5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Unsere ethischen Grundsätze sind im Leitbild festgelegt. Seelsorger, Ärzte, Pfleger und Psychologen betreuen Patienten und Angehörige, z.B. bei lebensbedrohenden Erkrankungen. Die Seelsorge bietet Seminare zur Trauerbewältigung an. Patienten, Angehörige und Mitarbeiter können in ethischen Krisensituationen eine ethische Fallbesprechung einberufen. Dieses wird von Mitgliedern des Klinischen Ethik-Komitees moderiert. Ziel ist, bei der Entscheidung über die weitere Therapie den mutmaßlichen Willen des Patienten zu ermitteln und zu berücksichtigen. Jedes Jahr findet ein Ethik-Forum zur ethischen Reflektion und Weiterentwicklung der Patientenversorgung statt.

5.2 Strategie und Zielplanung

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und der Zielplanung

Die „Strategie 20+“ und ein ergänzendes Restrukturierungskonzept wurden erarbeitet und kommuniziert. Jährliche Strategie-Tagungen finden mit Beteiligung der obersten Leitungsebene und dem Betriebsrat statt; ebenfalls jährliche Strategie- und Leistungsgespräche für alle Fachabteilungen. Die Umsetzung wird in monatlichen fachabteilungsspezifischen Gesprächen mit Beteiligung der Geschäftsführung, dem Medizincontrolling und der Finanz- und Personalabteilung begleitet.

Für jedes Geschäftsjahr wird ein Wirtschaftsplan, bestehend aus Erfolgs-, Vermögens- und Stellenplan und ein 5-jähriger Finanzplan aufgestellt. Die Investitionen werden anhand der Dringlichkeit und Wirtschaftlichkeit geplant. Ziel ist, das medizinische Leistungsspektrum patientenorientiert weiterzuentwickeln. Eine Aufstellung von Abteilungsbudgets haben wir nicht vorgefunden, bei der Fort- und Weiterbildung haben wir explizit danach gefragt. Der Plan-Ist-Vergleich findet durch monatliche Erlös- und Kostenauswertungen statt.

5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Die Kooperationspartner werden nach den Kriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit ausgewählt. Bei Ausschreibungen werden die Vergaberichtlinien eingehalten. Die Kliniken der Stadt Köln schließen zum nachhaltigen und gegenseitigen Nutzen Partnerschaften, z.B. mit Arztpraxen, Kliniken, Krankenkassen, Rettungsdiensten und Selbsthilfegruppen.

Bei der Erarbeitung von Kooperationsverträgen erfolgt die Abstimmung zwischen der Geschäftsführung, den Leitungen der betroffenen Fachabteilungen und den potenziellen Kooperationspartnern.

5.3 Organisationsentwicklung

5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

Ein im Intranet einsehbares aktuelles Organigramm stellt die Organisationsstruktur dar. Projekte werden auf der Grundlage der Verfahrensanweisung zum Projektmanagement initiiert und bearbeitet. Projektanträge werden nach den Kriterien Aufwand und Nutzen priorisiert, bevor sie von der Geschäftsführung autorisiert werden. Der Projektauftrag beinhaltet u.a. die Zielsetzung, den Hauptnutzen, die kritischen Erfolgsfaktoren, die Budgetplanung und die geplanten Meilensteine. Die Projektleitung wird anhand der Kriterien Management-, Kommunikations- und Fachkompetenz sowie der zeitlichen Verfügbarkeit ausgewählt. Mit Hilfe einer Projektmanagementübersicht werden die Projekte unter Mitwirkung der Projektsteuerung und Federführung der Geschäftsführung bezüglich der Erreichung der gesetzten Ziele überprüft.

5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Die Arbeit der Leitungsgremien und Kommissionen ist durch Geschäftsordnungen strukturiert. Durch die Teilnahme der Mitglieder der Krankenhausleitung in den Gremien und strukturierte Protokolle ist die Vernetzung sichergestellt. Alle Geschäftsordnungen beinhalten u.a. Aufgaben und Kompetenzen, Zeitplanung, Mitglieder, Tagesordnung, Entscheidungsfindung, Umgang mit Ergebnissen und Kontrolle der Umsetzung. Sie sind für alle Mitarbeiter im Intranet einsehbar. Die Leitungen sind für die Effizienz der Gremien verantwortlich.

5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

Das Leitbild beinhaltet den Baustein Innovation, in dem die Weiterentwicklung einer modernen und innovativen Medizin im Mittelpunkt steht. Die Begriffe Innovation, Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung bedeuten für uns, ausgehend vom Leitbild und der Strategie unser Unternehmen unter Einbeziehung des Wissens der Mitarbeiter zielgerichtet weiterzuentwickeln. Dabei gilt es, die Leistungen entsprechend den Bedürfnissen der Kunden, insbesondere der Patienten, Angehörigen und einweisenden Ärzte, zu gestalten und die Marktposition auszubauen.

Die Ergebnisse wissenschaftlicher Arbeiten werden sowohl in den klinikspezifischen als auch klinikübergreifenden Team- und Fortbildungsveranstaltungen vorgestellt und diskutiert. Forschungsprojekte werden mit der Krankenhausleitung in der Ethikkommission abgestimmt.

Die Mitarbeiter können u.a. über Sprechstunden, die Mitarbeiterzeitung, das Ideenmanagement sowie in Projektgruppen und Qualitätszirkeln Anregungen und Kritik zur Weiterentwicklung des Unternehmens einbringen.

5.4 Marketing

5.4.1 Externe Kommunikation

Für die externe Kommunikation ist das Team der Unternehmenskommunikation zuständig. Patienten sowie die interessierte Öffentlichkeit werden mit Druckerzeugnissen (z.B. themenbezogene Flyer und Broschüren), über die Klinik-Website, in Veranstaltungen sowie über die Medien informiert. Grundlegende Fragen der Unternehmenskommunikation und -darstellung sind geregelt, z.B. einheitliches Auftreten, Pressegespräche, Dreharbeiten, Auskunft an die Medien, etc. Die Anregungen von Veranstaltungsteilnehmern werden bei Folgeveranstaltungen berücksichtigt, z.B. künftige Themenwünsche, Pausen bei längeren Veranstaltungen und weniger Fachausdrücke bei Patientenveranstaltungen.

5.5 Risikomanagement

5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Das Risikomanagement zur Optimierung der Patientensicherheit und zur langfristigen Existenzsicherung umfasst u.a. die Durchführung von externen klinischen Risikoaudits, Umsetzung von Aktionsplänen in krankenhausspezifischen Risikokoordinationsteams, die Arzneimittelsicherheit, die Umsetzung eines Meldesystems für kritische Ereignisse und die Nutzung von Verfahrensanweisungen zu sicherheitsrelevanten Strukturen und Abläufen. Inhalte der Verfahrensanweisungen sind u.a. die Verhinderung von Eigen- und Fremdgefährdung, die Identifikation der Patienten mit Hilfe von Armbändern, die Nutzung von OP-Checklisten und die Durchführung eines „Team-Time-Outs“, das eine systematische Überprüfung der Patientenidentität, des geplanten Eingriffs und der patientenbezogenen Risiken beinhaltet.

6 Qualitätsmanagement

6.1 Qualitätsmanagementsystem

6.1.1 Organisation

Das Qualitäts- und klinisches Risikomanagement bezieht alle Bereiche ein und ist auf die Zufriedenheit der Patienten und Mitarbeiter sowie die Wirtschaftlichkeit ausgerichtet. Die Aktivitäten des Qualitätsmanagements werden auf der obersten Leitungsebene und mit dem Betriebsrat abgestimmt. Die Mitarbeiter der verschiedenen Berufsgruppen beteiligen sich u.a. in Qualitätszirkeln, Projektgruppen, QM-Netzwerktreffen, bei der Erarbeitung von Behandlungspfaden, Standards und Leitlinien, bei den jährlichen Leitbildaktionen, der Umsetzung des Meldesystems für kritische Ereignisse (CIRS), der Bearbeitung von Patientenwünschen und -beschwerden und der Durchführung von Befragungen.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Strukturen und Abläufe werden in Form von Verfahrensanweisungen, Ablaufdiagrammen, Standards und Leitlinien definiert. Die Abstimmung erfolgt jeweils mit den betroffenen Bereichen. Zur Veröffentlichung werden Rundmails, die Mitarbeiterzeitung, Leitungsbesprechungen und das Intranet genutzt. Für die Standardisierung der krankheitsbezogenen Diagnostik und Therapie werden berufsgruppenübergreifende Behandlungspfade verwendet. Eine krankenhau-, berufsgruppen- und fachübergreifende Arbeitsgruppe koordiniert die Evaluation und Weiterentwicklung des Instruments Behandlungspfade.

6.2 Befragungen

6.2.1 Patientenbefragung

2013 wurden alle stationären Patienten in Zusammenarbeit mit einem externen Forschungsinstitut befragt, so dass auch Vergleichswerte anderer Krankenhäuser genutzt werden können. Die Abteilungen verwenden die Ergebnisse der Befragungen, um Verbesserungen einzuleiten. Das Qualitätsmanagement überprüft deren Umsetzung. Die Ergebnisse sind im Intranet und in der Mitarbeiterzeitung veröffentlicht.

6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Eine Befragung der einweisenden Ärzte wurde ebenfalls mit dem externen Forschungsinstitut für alle Kliniken durchgeführt. Die Ergebnisse wurden in Informationsveranstaltungen präsentiert. Ein zusätzlicher strukturierter Austausch - auch mit ambulanten Pflegediensten, Rettungsdiensten und Selbsthilfegruppen - findet durch gemeinsame Fortbildungen (mit Rückmeldebögen) und Qualitätszirkel statt.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Eine hausübergreifende Mitarbeiterbefragung wurde 2013 durchgeführt, ebenso eine Belastungsanalyse für Mitarbeiter im Bereitschaftsdienst. Weitere Befragungen finden zu den Zielvereinbarungs-/Fördergesprächen, Fortbildungen, zur Sommerferienbetreuung und zur betrieblichen Kinderbetreuung statt. Eine projektbegleitende Befragung zur Einführung der OP-Sicherheitscheckliste hat stattgefunden. Die verantwortlichen Gremien leiten aus den Ergebnissen gezielte Verbesserungen ab.

6.3 Beschwerdemanagement

6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Patienten, Angehörige, Mitarbeiter und Einweiser können Wünsche, Lob und Beschwerden mit Hilfe eines Meinungsbogens, der bei der Aufnahme ausgehändigt wird, oder dem Internetkontaktformular äußern. Die Aussagen werden ausgewertet, kommuniziert und für Verbesserungen genutzt. Innerhalb von 7 Tagen erhalten die Patienten eine Antwort. Die/der Patientenfürsprecher/innen sind in die Bearbeitung auch im Rahmen der monatlichen Rückmeldekommissionen eingebunden.

6.4 Qualitätsrelevante Daten

6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Qualitätsindikatoren im Vergleich zu anderen Krankenhäusern (Benchmarking) werden aus Abrechnungsdaten, Erhebungen der Krankenhaushygiene, dem gesetzlichen Verfahren der externen Qualitätssicherung, der Datenauswertung zur Schmerztherapie, den Datenbanken der Tumorzentren und aus Befragungen gewonnen. Die systematische Nutzung klinikspezifischer Qualitätsindikatoren aus Abrechnungsdaten im Rahmen eines Benchmarkings mit dem Krankenhauszweckverband Köln, Bonn und Region wurde weiterentwickelt und dient der Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen.

6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Alle Kliniken nehmen an den gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung teil. Ziel ist es, alle dokumentationspflichtigen Fälle abzubilden. In jeder Klinik gibt es einen ärztlichen Ansprechpartner, der kontrolliert, ob alle Fälle dokumentiert wurden. Das Qualitätsmanagement überprüft die Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität und leitet die Daten an das zuständige Institut weiter. Alle medizinischen Abteilungen erhalten – auch unterjährig - die Auswertungen mit Vergleichsdaten anderer Krankenhäuser. In den Kliniken werden die Ergebnisse und das weitere Vorgehen gemeinsam besprochen. Konsequenzen werden initiiert und kontrolliert. Ausgewählte Ergebnisse werden im gesetzlichen Qualitätsbericht veröffentlicht.