



KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009.2 für Krankenhäuser

Einrichtung:	Kliniken der Stadt Köln Kinderkrankenhaus Amsterdamerstraße
Institutionskennzeichen:	260531741
Anschrift:	Amsterdamerstraße 59 50735 Köln
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:	2014-0037 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	9
1 Patientenorientierung	10
2 Mitarbeiterorientierung	15
3 Sicherheit	17
4 Informations- und Kommunikationswesen	20
5 Führung.....	22
6 Qualitätsmanagement	25

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, Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße, 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 Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße, eines der drei städtischen Kölner Krankenhäuser, wurde am 25.10.1962 in Betrieb genommen. Das Krankenhaus wurde für Kinder konzipiert, so dass die besonderen Anforderungen an eine kindgerechte Ausstattung personell und baulich berücksichtigt werden konnten.

Heute verfügt das Kinderkrankenhaus insgesamt über 292 Betten. Von den 36 Intensivpflegebetten befinden sich 10 Betten in dem gemeinsam mit dem Krankenhaus Holweide organisierten Perinatalzentrum. Im Oktober 2005 wurde die Kinder – und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie mit 60 Betten auf dem Gelände des Krankenhauses Holweide eröffnet.

Das Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln. Das Institut für Aus-, Fort- und Weiterbildung kooperiert mit dem Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße, um Gesundheits-, Kranken- und Kinderkrankenpflegekräfte auszubilden.

Das Kinderkrankenhaus erfüllt die Aufgaben der regionalen Spitzenversorgung. Es verfügt über folgende Fachabteilungen:

- Kinder- und Jugendmedizin mit Sozialpädiatrischem Zentrum und Perinatalzentrum
- Kinderchirurgie und Kinderurologie
- Anästhesie
- Radiologie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Jährlich werden etwa 12.000 Kinder stationär behandelt und rund 5.000 chirurgische Eingriffe durchgeführt. Die Verweildauer konnte in den letzten Jahren kontinuierlich verkürzt werden und liegt im Durchschnitt bei 5,4 Tagen.

Seit Mai 2006 befindet sich eine Kinder- und Jugendärztliche Notdienstpraxis auf dem Gelände des Kinderkrankenhauses Amsterdamer Straße und versorgt Notfälle wochentags abends sowie an Sonn- und Feiertagen bis 23.00 Uhr. Außerhalb dieser Zeiten sowie für bedrohliche Fälle steht rund um die Uhr im Kinderkrankenhaus eine pädiatrische und kinderchirurgische Zentralaufnahme zur Verfügung.

Neben den stationären Behandlungen bietet das Kinderkrankenhaus mehr als 25 Spezialsprechstunden aller Fachrichtungen. Zusätzlich ist ein Sozialpädiatrisches Zentrum eingerichtet, eine Einrichtung zur ambulanten Diagnostik und Behandlung für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsauffälligkeiten, neurologischen Erkrankungen oder Behinderungen.

In der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie können seelische Erkrankungen und psychische Störungen in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sowohl ambulant als auch stationär behandelt werden. Hier steht ein interdisziplinäres Team aus Fachärzten/-innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Diplom-Psychologen/-innen, Sozialpädagogen/-innen, Ergotherapeuten/-

innen, einer Musik- und einer Bewegungstherapeutin, Pflegefachkräften, Heil- und Diplompädagogen/-innen sowie Erzieher/-innen zur Verfügung. So können vielfältige Therapien angeboten werden, wobei die Beratung, Begleitung und Einbeziehung der Eltern in die Therapie eine wichtige Rolle spielen.

2007 wurde eine Station („Pänzilvania“) zur ganzheitlichen Betreuung chronisch kranker Kinder, Jugendlicher und ihrer Familien genutzt. Die Station ist für die Patienten/innen und ihre Familien von Krankheitsbeginn bis zum 18. Lebensjahr die Anlaufstelle, auf der sie durch ein interdisziplinäres Team versorgt werden. Sie werden von Anfang an darin gestärkt, ein für sie befriedigendes Leben mit der jeweiligen Erkrankung zu führen und trotz Einschränkungen eine gute Lebensqualität zu entwickeln.

In der Kinderonkologie und –hämatologie wurde die stationäre und ambulante Behandlung ausgeweitet. Kinder und Jugendliche mit allen Krebserkrankungen und Leukämien werden hier mit den modernsten verfügbaren Methoden behandelt.

Eine Ernährungs- und Diätberatung bietet in unserem Haus den Eltern die Möglichkeit, sich bei bestimmten Krankheiten über die daraus resultierende Einschränkung bezüglich des Essens beraten zu lassen. Zusätzlich wurde von dem Kinderkrankenhaus das Projekt „Kölner Power Pänz“ ins Leben gerufen, ein einjähriges ambulantes Programm für übergewichtige Kinder.

Das Kinderkrankenhaus verfügt über alle Mittel einer zeitgerechten Diagnostik und Therapie zur Behandlung vom extrem kleinen Frühgeborenen bis hin zum Jugendlichen. Seit Herbst 2007 verfügt das Kinderkrankenhaus in der Abteilung für Kinderradiologie über einen eigenen Magnetresonanztomographen.

Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit der städtischen Frauenklinik Holweide, den anderen Geburtskliniken in Köln und im näheren Umland sowie mit der Uniklinik Köln und anderen Kinderkliniken. Einzelheiten zu den häufigsten Diagnosen und Operationen sowie zu der Personalausstattung beschreiben die Strukturangaben des Qualitätsberichts.

Neben der Kooperation mit anderen lokalen und überregionalen Kliniken legt das Kinderkrankenhaus großen Wert auf einen ständigen Austausch mit niedergelassenen Ärzten, Selbsthilfeorganisationen, ambulanten Diensten und Reha-Einrichtungen, um eine gute und kontinuierliche Versorgung der Patienten auch nach der Entlassung sicher zu stellen.

Eltern können ihre Kinder von der Aufnahme bis zur Entlassung begleiten. Im Rahmen des Behandlungs- und Pflegekonzeptes werden die Eltern intensiv einbezogen. Sie können ihr Kind rund um die Uhr besuchen und auf Wunsch auch im Kinderkrankenhaus übernachten. Zudem bietet das Ronald McDonald-Elternhaus, das im April 2009 auf dem Gelände des Kinderkrankenhauses eröffnet wurde, in vierzehn Apartments zusätzliche Übernachtungsmöglichkeiten. Eine Gemeinschaftsküche und ein Wohnzimmer laden zu Gesprächen ein, ein Wohlfühlbad und ein Raum der Stille gibt die Gelegenheit, sich zurück zu ziehen. Die „Ronald McDonald Oase“ bietet Rückzugs- und Erholungsmöglichkeiten zwischen Untersuchungs- und Behandlungsterminen.

„Der Mensch im Zentrum unseres Handelns“ ist der Leitsatz des schon in den Jahren 2001/2002 erarbeiteten Leitbilds. An dieser Leitlinie orientieren sich alle Aktivitäten und Projekte. Neben den genannten medizinischen und pflegerischen Angeboten bietet das Kinderkrankenhaus auch Aktionen und Einrichtungen, die den Krankenhausaufenthalt für die Kinder angenehmer gestalten, so z.B. regelmäßige Veranstaltungen in der Advents-, Weihnachts- und Karnevalszeit, ein Sommerfest des Fördervereins Kinderkrankenhaus, Theateraufführungen für Kinder, Kunst- und Malaktionen (z. T. mit Unterstützung verschiedener Kölner Unternehmen) und vieles mehr. Außerdem befindet sich ein therapeutischer Spielplatz im Innenhof der Klinik. Im Frühjahr 2013 konnte die „Spielewelt“ in neuen Räumlichkeiten in Betrieb gehen. In der „Spielewelt“ können erkrankte Kinder und deren Geschwister unter fachlicher Begleitung einer Erzieherin gemeinsam spielen und die Krankenhausatmosphäre vergessen; sie können in hellen und großzügigen Räumlichkeiten lesen, spielen und mit verschiedenen Materialien kreativ gestalten. Ehrenamtliche Mitarbeiterinnen unterstützen die Betreuung in der „Spielewelt“.

Der Bau der „Spielewelt“ wurde durch die finanzielle Unterstützung des Fördervereins Kinderkrankenhaus, Bürgerinnen und Bürger sowie Unternehmen der Region möglich.

Folgende Hilfen und Aktivitäten werden im Besonderen angeboten:

Stillberatung

Stillen ist die natürlichste und beste Art, für ein Kind zu sorgen. Aber gerade im Alltag eines Kinderkrankenhauses ist es für Mutter und Kind schwierig, das Stillen gemeinsam zu erlernen. Im Kinderkrankenhaus unterstützt eine Stillberaterin die Mütter. Sie fördert den Aufbau und die Aufrechterhaltung einer Stillbeziehung, berät die Mütter individuell, schult Kollegen/-innen und erstellt Stillrichtlinien.

Therapeutische und pädagogische Angebote

Das Kinderkrankenhaus bietet eine Vielzahl therapeutischer und pädagogischer Angebote wie z.B. Klinikclowns, Kunst-, Musik-, Beschäftigungs- sowie Spieltherapie und vielfältige Veranstaltungen. Pädagogen/-innen, Sozialarbeiter/-innen und Pflegefachkräfte arbeiten nach einem abgestimmten Gesamtkonzept für diese therapeutischen und pädagogischen Angebote.

Rückmeldekommission

In der Rückmeldekommission werden mit dem Patientenführsprecher, Vertreter der Verwaltungsleitung, der Pflegedirektion, der Reinigung und der Küche, ggf. auch Vertretern des ärztlichen Bereichs, Wünsche, Lob und Aktionen u. a. auch dem Rücklauf der Meinungsbögen zur Verbesserung analysiert und entsprechende Maßnahmen eingeleitet.

Sozialberatung:

Die Sozialberatung im Kinderkrankenhaus bietet Unterstützung bei Themen wie der Entlassungsvorbereitung, Koordination von Hilfen, Vermittlung von Frühförderungsmaßnahmen, Unterstützung bei chronisch kranken oder behinderten Kindern und steht auch bei wirtschaftlichen und finanziellen Schwierigkeiten beratend zur Verfügung.

Das Kinderkrankenhaus wird vom Förderverein Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße, vom Förderverein für tumor- und leukämiekranke Kinder Blankenheimerdorf e.V. und vielen anderen Initiativen unterstützt. Diese Unterstützung ermöglicht zusätzliche kinderfreundliche und kindgerechte Angebote.

Das Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße wird geleitet von:

- Gudrun Quotschalla, Kaufmännische Leiterin
- Marcus Huppertz, Pflegedirektor, Mitglied des Direktoriums
- Prof. Dr. med. Michael Weiß, Ärztlicher Direktor und Leiter der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

1.1 Rahmenbedingungen der Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das Kinderkrankenhaus bietet ein umfassendes stationäres Angebot, mehr als 25 Spezialsprechstunden aller medizinischen Bereiche und vielfältige Beratungsangebote an. Vor der Aufnahme können sich Kinder, Eltern und einweisende Ärzte im Internet (www.kliniken-koeln.de) und in Gesprächen informieren. Flyer informieren vor Ort über die Angebote. Terminwünsche werden berücksichtigt. Das Kinderkrankenhaus ist gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln (eigene Straßenbahnhaltestelle) und PKW (Parkhaus vorhanden) erreichbar. Es ist im Stadtgebiet gut ausgeschildert.

Das Wegeleitsystem ist aktuell, verständlich und systematisch. Es wird mehrfach jährlich überprüft und weiterentwickelt. Einige Wegweiser sind mit Symbolen gekennzeichnet. Die Farbgebung in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie unterstützt die Orientierung. Die Kolleginnen des Empfangs geben rund um die Uhr individuell und kompetent Auskunft. Bei Bedarf werden Rollstühle bereitgestellt und Hilfe für den Gepäcktransport oder Begleitpersonen organisiert. Der Eingang ist ebenerdig; alle Bereiche sind behindertengerecht erreichbar.

Die Aufnahme richtet sich nach den Bedürfnissen der Kinder und Eltern. In der administrativen Aufnahme entstehen selten Wartezeiten; die Kollegen sind geschult und geben umfassende Informationen. Für die Notaufnahme gibt es einen kindgerechten Wartebereich mit Aquarium und therapeutischem Garten. Notfallpatienten haben Vorrang. Eine Pflegefachkraft kümmert sich um Erstmaßnahmen, anschließend ordnet ein Arzt weitere Maßnahmen an. Patient und Eltern werden zum Zimmer begleitet und über die weiteren Abläufe informiert.

1.1.2 Leitlinien

Die Behandlung erfolgt unter Berücksichtigung von Standards, Hygienerichtlinien, Schmerzschemas, physiotherapeutischen Behandlungsvorgaben, hausinterner Leitlinien und Behandlungspfade. Diese sind im Intranet oder am Arbeitsplatz in Papierform verfügbar. Die Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften werden berücksichtigt. Die Therapiestandards werden aktualisiert und in regelmäßigen Fortbildungen und Besprechungen bezüglich ihrer Wirksamkeit thematisiert.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Die Ersteinschätzung (inklusive Betreuungsstatus) erfolgt gemeinsam mit den Eltern durch die Pflegefachkraft und den Arzt durch standardisierte Erhebungsbögen. Hierbei werden Risiken, Fähigkeiten, Lebensumstände, Entwicklungsstand und Erwartungen erfasst und regelmäßig, z.B. nach der täglichen Visite, fortgeschrieben. Untersuchungen und Gespräche finden unter Wahrung der Intimsphäre in abgeschlossenen Räumen statt. Die Patientendokumentation erfolgt mit Hilfe des Krankenhausinformationssystems.

In täglichen Gesprächen (Visiten oder Einzelgespräche) werden die Kinder und Eltern über die geplanten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen informiert. Dabei wird auf kindgerechte Informationen Wert gelegt. Die Entscheidungen und Wünsche der Kinder und Eltern - auch religiöser und kultureller Art - werden respektiert. Bei Bedarf stehen auch fremdsprachige Informationsbögen und sprachkundige Kollegen zur Verfügung.

Ausstattung und Betreuung orientieren sich an den Bedürfnissen der Kinder. Es stehen u.a. Spielzimmer, Garten, Kapelle und Cafeteria zur Verfügung. Eltern können jederzeit bei ihrem Kind sein. Sie können kostenlos in Elternzimmern oder bei ihren Kindern übernachten. Geschwister werden betreut. Ärzte und Pflegende schulen in speziellen Seminaren für Kinder und Eltern, stellen Kontakt zu Selbsthilfegruppen her und informieren über diagnostische Ergebnisse, Verlauf und Prognose unter Berücksichtigung psychosozialer Fragen. Case Manager begleiten die Eltern, insbesondere bei Fragen zur Weiterbetreuung.

1.1.4 Service Essen und Trinken

Die Zusammenstellung und Portionierung der Speisen richtet sich nach den Bedürfnissen der Kinder. Es gibt täglich drei Gerichte, davon eines vegetarisch; auf Kultur und Religion wird Rücksicht genommen. Bei Bedarf berät eine Diätassistentin oder weiteres Fachpersonal (z.B. Allergologe, Diabetologe). Untersuchungen und Visiten werden so geplant, dass die Kinder ungestört essen können. Die Kantinenöffnungszeiten kommen den Bedürfnissen der Kinder und Eltern entgegen.

1.1.5 Kooperationen

Das Kinderkrankenhaus kooperiert mit externen Partnern: Es gibt z.B. über die Krankenkasse Innungskrankenkassen Deutschland ein ambulantes Schulungsprogramm bei übergewichtigen Kindern. Eine regelmäßige strukturierte Kooperation mit Externen findet im Rahmen von Qualitätszirkeln, z.B. Endo West, Nahrungsmittelallergie im Kinder- und Jugendalter, Qualitätszirkel Pädiatrische Allergologie und Pneumologie Köln-Bonn, Qualitätszirkel Klinische Pädiatrie, Fallbesprechungen und gemeinsamen Fortbildungen statt.

1.2 Notfallaufnahme

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Die Notaufnahme ist rund um die Uhr mit Ärzten und Pflegefachkräften besetzt. Die ersten diagnostischen Maßnahmen werden hier veranlasst. Kinder, die der Rettungsdienst einliefert, werden angekündigt. Die Vernetzung mit dem stationären Bereich ist durch die Kontinuität der behandelnden Kollegen gesichert. Einweiser werden durch persönliche Kommunikation, gemeinsame Fortbildungen und Qualitätszirkel sowie standardisierte Arztbriefe eingebunden.

1.3 Ambulante Versorgung

1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

Es werden mehr als 30 Sprechstunden, Spezial- Ermächtigungs- und Institutsambulanz angeboten. Die Terminierung der Sprechstunden ist im Internet auf der Website veröffentlicht. Die Eltern werden bei der Terminvereinbarung gebeten, Vorbefunde mitzubringen. Bei Bedarf erfolgt eine Rückfrage beim einweisenden Arzt. Am Vortag der Aufnahme werden frühere Akten und Befunde auf der Station vorbereitet. Das Archiv, das digitale Röntgenarchiv (PACS) und das Krankenhausinformationssystem sind rund um die Uhr zugänglich. Die Vorbefunde und Voraufnahmen werden bei allen weiteren diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen berücksichtigt.

1.3.2 Ambulante Operationen

Der Termin zur ambulanten Operation wird in der Ambulanz mit dem Patienten und seinen Sorgeberechtigten abgestimmt. Der OP-Koordinator ist für die Erstellung des Tagesablaufes zuständig und spricht diesen mit allen Beteiligten ab. Ambulante Ope-

rationen finden in einem separaten Operationsbereich statt. Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen und auch in Bildern, z.B. Anästhesieaufklärungsbögen, Verhalten vor der Operation, Verhalten nach der Operation, verschiedene operative Eingriffe liegt vor. Zur Optimierung der Patientensicherheit und zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen sind u. a. Identifikationsarmbänder, OP-Checklisten und ein Team Time Out (Checkliste zur Erhöhung der Patientensicherheit durch Sicherstellung der Patientenidentifikation im OP; richtiger Patient, richtige Operation, richtige Seite, etc.) eingeführt. Die postoperative Überwachung wird auf Wunsch mit Angehörigen gemeinsam gestaltet.

1.4 Stationäre Versorgung

1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Die Behandlung wird von Ärzten, Pflegenden und Therapeuten gemeinsam geplant. Der diensthabende Arzt legt die ersten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen fest. Für häufige Behandlungen liegen standardisierte Pläne für therapeutische Maßnahmen vor. Ein ausführliches Pflegeassessment unter Einbeziehung der Informationen durch die Eltern / die Sorgeberechtigten wird innerhalb von 24 Stunden erstellt. Die Steuerung der Behandlung erfolgt durch die täglichen Visiten in Abstimmung mit den Eltern und unter Berücksichtigung des Pflegeberichts und der Aussagen der weiteren behandelnden Mitarbeiter.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Die Verordnung von Medikamenten erfolgt mit Hilfe von Therapiestandards und wird durch die hauseigene Apotheke rund um die Uhr gesichert. Fachärzte sind in allen Abteilungen vor Ort oder in Rufbereitschaft. Die OP-Indikation wird vom Facharzt gestellt. Zur Schmerztherapie gibt es standardisierte Vorgaben, bei Bedarf werden die Experten der Anästhesie hinzugezogen. Histologische und zytologische Untersuchungen erfolgen durch das Institut für Pathologie. Im Haus werden u. a. Physio-, Ergo-, Psychotherapie angeboten. Kinder und Eltern werden in Heil- und Hilfsmittel eingewiesen.

1.4.3 Operative Verfahren

Die OP-Bereitschaft besteht rund um die Uhr. Der OP-Plan wird vom OP Koordinator mit dem Anästhesisten am Vortag abgesprochen. Die Kapazität der Intensivstation wird bei der Planung berücksichtigt. OP- und Anästhesie-Pflege bereiten das Kind vor und sorgen für einen reibungslosen Ablauf. Notfall-Patienten werden sofort operiert. Geplante Operationen können dennoch fast immer durchgeführt werden. Ein Elternteil kann das Kind in den OP begleiten und im Aufwachraum betreuen. Zur Optimierung der Patientensicherheit und zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen sind u.a. Identifikationsarmbänder, OP-Checklisten und ein Team Time Out eingeführt.

1.4.4 Visite

Die Visiten- und Essenszeiten sind so aufeinander abgestimmt, dass Störungen vermieden werden. Vor der Visite erkundigt sich der Arzt über den aktuellen Zustand der Kinder. Oberarzt, Stationsarzt und Pflegefachkraft führen täglich mindestens eine Visite durch und beziehen bei Bedarf die Physiotherapeutin ein. Die Chefarztvisite findet einmal pro Woche statt. Auf den Intensivstationen finden Visiten mehrmals täglich statt. Alle Beteiligten bemühen sich um eine kind- und elterngerechte Sprache. Besucher und Unbeteiligte werden aus dem Zimmer gebeten.

1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Zur Reflektion der Zusammenarbeit finden zwischen dem Sozialdienst und dem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ), ambulanten Diensten, Frühfördereinrichtungen, Kindergärten, Schulen, Familienhilfen, Jugendamt, Selbsthilfegruppen und Hilfsmittelversorgern Gespräche / Arbeitskreise statt. Das SPZ nimmt 4x im Jahr am Arbeitskreis der Kölner Frühförderungseinrichtungen teil. Von allen Therapeuten und Psychologen werden regionale Arbeitskreise besucht. Für die Epilepsieselbsthilfegruppen werden mehrmals im Jahr Fachvorträge gehalten.

1.5 Übergang in andere Bereiche

1.5.1 Entlassung

Die Entlassung oder Verlegung wird in Abhängigkeit zum diagnostischen und therapeutischen Verlauf geplant. Ärzte, Pflegende, Physiotherapeutinnen, Sozialdienst und das Case Management stimmen die Entlassung mit den Kindern und den Eltern ab. Alle an der Versorgung Beteiligten führen mit den Kindern und Eltern rechtzeitig ein Entlassungsgespräch, bei dem alle Maßnahmen gemeinsam besprochen und der weitere Verlauf festgelegt werden; sie bieten Schulungen an und stellen erforderliche Heil- und Hilfsmittel zur Verfügung. Bei allen Verlegungen wird ein Verlegungsbericht ausgefüllt. Bei Frühgeborenen, Kindern mit Entwicklungsstörungen oder chronischen neurologischen Erkrankungen wird die ambulante Nachsorge im SPZ geplant und terminiert. Bei Patienten, die einer umfangreichen Nachsorge bedürfen, geht der Entlassung mindestens ein Treffen aller Professionen voraus. Die Entlassung des Patienten wird mit den Sorgeberechtigten abgestimmt. Der Patient wird in die Obhut der Sorgeberechtigten entlassen oder, wenn dies nicht möglich ist, in die Obhut des Jugendamtes.

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Über die eigenen Angebote, z.B. Spezialambulanzen und das Sozialpädiatrische Zentrum, sowie in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, ambulanten Diensten und Reha-Kliniken wird die Weiterbetreuung organisiert. In komplexen Fällen koordinieren der Sozialdienst und das Case Management die Absprachen mit den nachstationären Einrichtungen. Sie beteiligen sich an regelmäßigen Gesprächen und Arbeitskreisen u. a. mit den ambulanten Diensten, Familienhilfen und Selbsthilfegruppen.

1.6 Sterben und Tod

1.6.1 Umgang mit Sterbenden

Die Ärzte klären die Eltern frühzeitig über Diagnose und Prognose auf. Die Eltern stimmen mit den Ärzten, Pflegenden und Seelsorgern die Gestaltung der letzten Lebensphase ab. Die Atmosphäre des Zimmers wird entsprechend der belastenden Situation gestaltet. Die medizinisch-therapeutischen Maßnahmen werden auf ein Minimum reduziert. Ziel ist, die Grundbedürfnisse des Kindes zu erfüllen. Die Schmerztherapie durch qualifizierte Anästhesisten hilft in dieser schwierigen Situation.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Ziel beim Umgang mit Verstorbenen ist ein würdevolles Abschiednehmen. Dazu gehört auf Wunsch die gemeinsame Versorgung des Kindes durch die Eltern und Pflegenden. Den Eltern und Angehörigen wird im Zimmer auf der Station Zeit gegeben, in Ruhe vom Kind Abschied zu nehmen. Es gibt außerdem einen angemessen gestalteten Verabschiedungsraum. Die Seelsorge bietet für alle Eltern - unabhängig

von der Konfession - Begleitung an. In der Kapelle findet regelmäßig ein Trauergottesdienst für die verstorbenen Kinder statt. Alle Kollegen, die das Kind betreut haben, stehen für Gespräche mit Eltern zur Verfügung. Zur Trauerarbeit, Gesprächsführung und Sterbebegleitung werden Fortbildungen angeboten.

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. 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 Kenntnisnahme 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, Infektionsraten 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 Verfahrensanweisung 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.