

**Krankenhaus der Augustinerinnen**

Severinsklösterchen

Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln



Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen

# KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

<b>Krankenhaus:</b>	Krankenhaus der Augustinerinnen, gGmbH Köln
<b>Institutionskennzeichen:</b>	260530421
<b>Anschrift:</b>	Jakobstrasse 27-31 50678 Köln
<b>Ist zertifiziert nach KTQ<sup>®</sup> mit der Zertifikatnummer:</b>	2017-0064 KH
<b>durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:</b>	WIESO CERT GmbH, Köln
<b>Gültig vom:</b>	08.12.2017
<b>bis:</b>	07.12.2020

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Vorwort der KTQ®</b>	<b>3</b>
<b>Vorwort der Einrichtung</b>	<b>5</b>
<b>Die KTQ-Kategorien</b>	<b>6</b>
1. Patientenorientierung	7
2. Mitarbeiterorientierung	11
3. Sicherheit - Risikomanagement	13
4. Informations- und Kommunikationswesen	16
5. Unternehmensführung	18
6. Qualitätsmanagement	21

## Vorwort der KTQ<sup>®</sup>

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<sup>®</sup> sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene<sup>1</sup>, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR). 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<sup>®</sup> 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,
- Sicherheit - Risikomanagement,
- das Kommunikations- und Informationswesen,
- die Unternehmensführung und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

---

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

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt. Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausexperten besetztes Visitorteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

Während der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren<sup>®</sup> 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.

Dieser KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 55 Kriterien des KTQ-Kataloges Version 2015.

Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet einen 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 das **Krankenhaus der Augustinerinnen in Köln** 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 vermittelt.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter [www.ktq.de](http://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

**F. Wagner**

Für den Deutschen Pflegerat

## Vorwort der Einrichtung

Als leistungsstarkes Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung stellt das Krankenhaus der Augustinerinnen die stationäre medizinische Versorgung und die Notfallversorgung der Bevölkerung im Bereich der Kölner Innenstadt, dem Kölner Süden und Südwesten und darüber hinaus sicher.



Um dieser anspruchsvollen Aufgabe gerecht zu werden, setzt das Haus auf eine innovative, nach neuesten Standards ausgerichtete Medizin, eine moderne medizinisch-technische Ausstattung und hochqualifizierte, engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Die moderne interdisziplinäre Notfallambulanz ist erste Anlaufstelle für alle Patienten. Für die Akutversorgung Schwerverletzter steht ein modern ausgestatteter Schockraum zur Verfügung. Hier geht die Versorgung nahtlos vom Rettungsdienst auf das Krankenhaus über. Zudem

ist das Krankenhaus eines von 7 Interventionszentren im Kölner Infarktmodell (KIM). Patienten mit akutem Herzinfarkt werden vom Rettungsdienst direkt in das Herzkatheterlabor gebracht und dort vom Team der Kardiologie übernommen. Eine 24-Stunden-Herkatheterbereitschaft mit einem sofort einsatzfähigen Team an 365 Tagen im Jahr ist eingerichtet.

Die medizinischen Abteilungen des Krankenhauses bieten ein breites Spektrum und einen großen Versorgungsbereich an. Von der Geburtsmedizin bis zur Thorax- und Unfallchirurgie, von der HNO bis zur Schlaf- und Beatmungsmedizin reicht das Spektrum. Nachfolgende Versorgungsschwerpunkte wurden zertifiziert: Weaningstation, Endometriosezentrum, Traumzentrum. Darüber hinaus verfügt das Krankenhaus über eine Zertifizierung für das Akutschmerzmanagement.

Das Krankenhaus der Augustinerinnen betreibt 350 Betten. Rund 600 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden in den Fachabteilungen im Jahr 2017 voraussichtlich 13.500 stationäre Patienten versorgen. Immer im Fokus der Arbeit steht die Qualifizierung sowie Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter.

Mit dem nachfolgenden Bericht leistet das Krankenhaus der Augustinerinnen seinen Beitrag für Transparenz im Gesundheitswesen.

# Die KTQ-Kategorien

## 1. Patientenorientierung

### 1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das Krankenhaus der Augustinerinnen in Köln ist eine Einrichtung der Stiftung der Cellitinnen e.V. und trägt mit ihrem Leistungsspektrum in hohem Maße zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in der Region und darüber hinaus bei. Unser Qualitätsanspruch orientiert sich an den Besten sowie an der Zufriedenheit unserer Patienten, Kunden und Mitarbeiter. Um dieser anspruchsvollen Aufgabe gerecht zu werden, setzt das Haus auf eine innovative, nach neuesten Standards ausgerichtete Medizin, eine moderne medizinisch-technische Ausstattung und hochqualifizierte, engagierte Mitarbeiter.

Auf der Homepage können Sie sich über die Lage der Klinik, die Wegbeschreibung und über das Leistungs- und Serviceangebot informieren. Gedruckte Informationsbroschüren liegen aus und bieten einen vertieften Eindruck über wesentliche Belange der Fachabteilungen.

### 1.1.2 Leitlinien und Standards

Die Behandlung in unserem Krankenhaus erfolgt unter Berücksichtigung von neuesten medizinischen und pflegerischen Standards, Konzepten und Richtlinien. Die langjährigen Erfahrungen unserer Mitarbeiter fließen dabei in jede Diagnose und Therapie mit ein.

Alle medizinischen und pflegerischen Vorgaben werden ständig ergänzt, aktualisiert und gemeinsam im Team besprochen. In den Arbeitsgemeinschaften zur Formulierung dieser Standards befanden sich Mitarbeiter mehrerer Bereiche und Berufsgruppen, um ein weites Erfahrungsspektrum in die erarbeiteten Vorgaben einfließen lassen zu können. Zudem werden hausintern und extern regelmäßig Fortbildungen zu einschlägigen Themen durchgeführt.

Die Umsetzungen der Leitlinien und unserer hausspezifischen Standards werden für jeden Patienten täglich individuell dokumentiert und durch die Visiten überprüft.

### 1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Unsere Mitarbeiter haben sich ein christlich orientiertes Leitbild gegeben, an dem all unser Handeln ausgerichtet ist.

Im Mittelpunkt aller Behandlungen steht der ganzheitlich betrachtete Mensch als aktiver Partner im Behandlungsprozess. Die Patienten und - auf Wunsch der Patienten auch ihre Angehörigen - werden von Anfang an in die Behandlungsplanung mit eingebunden. Dies umfasst Prävention und Beratung sowie Diagnose, Therapie und Nachsorge. Die Kommunikation mit fremdsprachigen Patienten ist u.a. auch durch unsere fremdsprachigen Mitarbeiter gewährleistet.

Speziell ausgebildete Pflegekräfte sind mit der Schulung und Beratung von Patienten und Angehörigen in den verschiedenen Bereichen beauftragt (z.B. Wundexperten).

Patientenvorträge werden zu ausgewählten und aktuellen Themen angeboten.

Die Therapiebereiche übernehmen individuelle Beratungen von Patienten und Angehörigen.

Selbsthilfegruppen werden bei Bedarf in den Behandlungsprozess involviert.

#### *1.1.4 Ernährung und Service*

Unsere schönen hellen Zimmer sind teilweise ausgestattet mit:

- Elektrische Betten
- Schränke mit Schließfächern
- TV
- Radio
- Behindertengerechte Toilette / Nasszelle
- Telefonanschluß
- Multimedia-Terminals
- Safes
- Handtücher und Bademäntel
- Patienten WLAN

Auf allen Stationen stehen auf Wunsch des Patienten Heißgetränke und Wasser zur Verfügung. Unsere Küche arbeitet nach international gültigen und anerkannten Standards (HACCP-Konzept). Fortlaufend sorgt die Küche dafür, dass das Essen nicht nur wohlschmeckend ist, sondern auch unter strengsten hygienischen Gesichtspunkten hergestellt wird. Eine Wahlkost kann auch nach religiösen Aspekten (z.B. ohne Schweinefleisch) oder weltanschaulichen Einstellungen (z.B. Vegetarisch) bestellt werden. Alle gängigen Diätformen werden zudem von der Küche angeboten.

Das Krankenhaus besitzt einen kleinen parkähnlichen Garten mit Sitzgelegenheiten für die Patienten, auch in der Umgebung sind parkähnliche Grünflächen mit ausreichend Sitzgelegenheiten vorhanden

#### *1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung*

Eine 24-Stunden Aufnahmebereitschaft der Notfallambulanz ist sowohl ärztlich als auch pflegerisch gewährleistet.

Vorbefunde des Patienten werden nach Möglichkeit genutzt, um unnötige Doppeluntersuchungen zu vermeiden.

Unsere Patienten werden rechtzeitig und vor allem verständlich aufgeklärt. So bleibt genügend Zeit, mit den Ärzten über alle wichtigen Punkte zu sprechen oder sich auch eine ärztliche Zweitmeinung einzuholen.

#### *1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung*

Durch unsere qualifizierten Mitarbeiter sowie die Bereitstellung umfassender und moderner Diagnostik- und Behandlungsverfahren gewährleisten wir eine auf die Patientenbedürfnisse abgestimmte professionelle Behandlung.

Die Versorgung mit den gängigen Arzneimitteln und Apothekengütern ist rund um die Uhr gewährleistet.

#### *1.3.2 Ambulante Operationen*

Oberstes Ziel aller Beteiligten ist es, die Patienten unter optimalen Bedingungen zu operieren.

Dazu wurden die Prozesse der OP-Planung und der OP-Ablauforganisation für alle Patienten und Notfallpatienten genau geregelt. In der prästationären Sprechstunde bzw. Indikationssprechstunde werden Vor-



befunde, Risiken und Lebensumstände umfangreich erfragt und ggf. erforderliche Zusatzuntersuchungen angeordnet. Bereits vorhandene Befunde werden ggf. nachgefordert.

Die Indikationsstellung wird im Rahmen der Sprechstunde der Abteilung grundsätzlich durch einen Facharzt vorgenommen.

#### *1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung*

Zur stationären Diagnostik und Behandlungsplanung verfahren wir nach den allgemein gültigen diagnosebezogenen Standards und Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaften.

Dabei bleibt der Patient stets im Mittelpunkt unseres Handelns. Die Planung der Maßnahmen erfolgt von unseren erfahrenen Ärzten immer bezogen auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten.

Der Informationsaustausch zwischen den Ärzten erfolgt bei Bedarf in einer interdisziplinären Arztbesprechung. Durch Konsilanforderungen werden andere Fachrichtungen in Diagnostik und Therapie zudem eingebunden.

#### *1.4.2 Therapeutische Prozesse*

Die hausspezifischen ärztlichen Leitlinien orientieren sich an den aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften. Die Therapieplanung wird von unseren erfahrenen Ärzten vorgenommen.

Zudem liegen multiprofessionell entwickelte Behandlungspfade für ausgewählte Diagnosen und Prozeduren vor.

Die Patientenaufklärung erfolgt umfassend, Aufklärungsbögen liegen in den gängigsten Sprachen vor.

Die medizinisch hochwertige Therapie wird durch die Menschlichkeit unserer langjährigen Mitarbeiter optimal ergänzt.

#### *1.4.3 Operative Prozesse*

Oberstes Ziel aller Beteiligten ist es, die Patienten unter optimalen Bedingungen zu operieren.

Dazu wurden die Prozesse der OP-Planung und der OP-Ablauforganisation für alle Patienten und Notfallpatienten genau geregelt. Eine fortlaufende Überprüfung dieser Festlegungen findet durch die externe Qualitätssicherung statt.

Eine OP-Sicherheitscheckliste nach WHO-Kriterien wird verwendet. Die Ergebnisse werden regelmäßig ausgewertet, um die Patientenorientierung und -sicherheit noch weiter zu verbessern.

#### *1.4.4 Visite*

Während der Visiten werden die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen reflektiert, der Behandlungsverlauf überprüft und bei Bedarf angepasst. Dabei wird auf feste Visitenzeiten, Häufigkeit, Wochenendregelungen, Chefarzt- und Oberarztvisiten eingegangen.

Der Ablauf sowie die patientenorientierte Gestaltung der Visite entsprechen unseren schriftlichen Vorgaben. Diese beinhalten Verhaltensweisen, Hygienevorgaben, Ablaufvorgaben und Gesprächsführung.

Um eine umfassende Information über den Patienten sicherzustellen, finden die Visiten multiprofessionell statt.

#### *1.5.1 Entlassungsprozess*

Alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen sind im Rahmen von Besprechungen an der Entlassplanung bzw. Vorbereitung zur Entlassung beteiligt. Die Weiterleitung von Informationen an die nachbetreuenden Einrichtungen und die Weiterversorgung mit Medikamenten sowie Heil- und Hilfsmitteln ist geregelt und sichergestellt.

Die Vorbereitung der Entlassung erfolgt bereits bei Aufnahme der Patienten. So ist sichergestellt, dass bis zur Entlassung alle notwendigen Unterlagen vorliegen, alle Anschlussbehandlungen geplant werden können und der Patient ausreichend informiert werden kann.

Für alle Fragestellungen stehen kompetente Mitarbeiter zur Verfügung, die diese Belange koordinieren. Die Zufriedenheit mit unserem Entlassmanagement messen wir u.a. kontinuierlich durch Patienten- und Einweiserbefragungen. Die Ergebnisse werden in der Krankenhausleitung besprochen, damit das Verfahren laufend optimiert werden kann.

#### *1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung*

Der sterbende Patient wird in seiner Gesamtsituation wahrgenommen und berücksichtigt. Im interdisziplinären Team erfolgen Pflege und Behandlung auf der Basis der festgelegten Maßnahmen unter Berücksichtigung der kulturellen Besonderheiten. Dabei werden Wünsche respektiert, die sich aus Lebensumständen, Konfession, Spiritualität, kulturellen Gewohnheiten und dem Wunsch nach menschlicher Nähe und Distanz ergeben.

Eine niedergelegte rechtsgültige Patientenverfügung, soweit der Inhalt der klinischen Situation entspricht, wird von uns beachtet.

Ein Seelsorger für die Christlichen Konfessionen ist jederzeit erreichbar; für Angehörige anderer Glaubensrichtungen wird ein entsprechender Kontakt auf Wunsch vermittelt.

Die Einrichtung eines Hospizzimmers ist im Hause fest geplant.

#### *1.6.2 Umgang mit Verstorbenen*

Wir ermöglichen einen angemessenen Abschied für Angehörige von verstorbenen Patienten. Die Verantwortlichkeiten und die Durchführung der notwendigen Maßnahmen zur Versorgung und den Transport von verstorbenen Patienten sind geregelt.

Beim gesamten Umgang mit Verstorbenen wird darauf geachtet, dass die Würde, Individualität und Persönlichkeit des Verstorbenen soweit als möglich gewahrt wird und ein sensibler Umgang mit den Hinterbliebenen gewährleistet ist. Dabei werden rechtliche, hygienische und medizinische Erfordernisse beachtet. Kulturelle Aspekte, die für die individuelle Sterbebegleitung wichtig sind, werden in Gesprächen mit dem Patienten und seinen Angehörigen erörtert und nach Möglichkeit umgesetzt.

## 2. Mitarbeiterorientierung

### 2.1.1 Personalbedarf

Der Personalbedarf wird im Rahmen der Mehrjahresplanung unter Berücksichtigung der zuvor erfolgten strategischen Festlegungen und Ausrichtungen geplant.

Die jeweiligen Verantwortlichen der Bereiche werden an der Planung beteiligt.

Über alle Bereiche des Hauses wird eine detaillierte Personalstatistik geführt, die umfassende Auswertungsmöglichkeiten beinhaltet.

Veränderungen des Personalbedarfs aufgrund der Optimierung von Klinikstrukturen, wie auch die Schaffung neuer Tätigkeitsbereiche werden berücksichtigt

### 2.1.2 Personalentwicklung

In den jährlichen Mitarbeiter-Gesprächen werden die Wünsche der Mitarbeiter zu ihren beruflichen Entwicklungen strukturiert abgefragt.

Die Personalentwicklung orientiert sich an dem Bedarf der einzelnen Fachbereiche. Dabei wird darauf geachtet, dass immer eine ausreichende Anzahl von qualifizierten Mitarbeitern zur Verfügung steht.

Die individuelle Karriereplanung für die Mitarbeiter richtet sich nach den Erfordernissen und Bedürfnissen unseres Krankenhauses. Sie berücksichtigt persönliche Ausbildung, Qualifikation und Spezialisierung für die jeweiligen Aufgaben. Mitarbeiter aus dem Krankenhaus haben bei gleicher Qualifikation Vorrang vor externen Nach- oder Neubesetzungen.

### 2.1.3 Einarbeitung

Zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter im ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Bereich gibt es Einarbeitungskonzepte, welche die wichtigsten Informationen, Ansprechpartner und Regelungen enthalten. Jedem neuen Mitarbeiter wird für die Dauer der Einarbeitung ein Mentor zur Seite gestellt, der den Mitarbeiter begleitet und für alle Fragen zur Verfügung steht.

Die Einarbeitungskonzepte haben sich bewährt - die Zufriedenheit der Mitarbeiter mit der Einarbeitung wird auch durch eine Mitarbeiterbefragung gemessen.

### 2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Wir fördern intensiv die Ausbildung des Nachwuchses.

Im Assessment wird Wert auf die Eignung der Bewerber gelegt. Die Theorie- / Praxisverknüpfung während der Ausbildungen ist durch Regelungen zum Praxisanleitereinsatz und in einem Anleitungsstandard geregelt. Für jeden Ausbildungskurs existiert eine angepasste Blockplanung in Anlehnung an das Krankenpflegegesetz.

Die Fort- und Weiterbildung ist systematisch auf die Bedürfnisse unserer Fachbereiche abgestimmt. Der Bedarf an Fort- und Weiterbildung wird kontinuierlich ermittelt, dabei haben alle Mitarbeiter die Möglichkeit, eigene Wünsche einzubringen.

Für Führungskräfte aus der Pflege finden Fachtagungen mit speziellem Fortbildungsangeboten statt, strategische Ziele und neue Projekte werden hierbei aufgezeigt.

Pflichtunterweisungen (z.B. im Bereich der Hygiene) finden für alle Mitarbeiter kontinuierlich statt.

#### *2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance*

Die Arbeitszeitregelungen entsprechen den jeweils gültigen tariflichen und arbeitszeitrechtlichen Vorschriften. Die Beachtung der Vorschriften ist Aufgabe der Vorgesetzten und wird zusätzlich durch die Mitarbeitervertretung geprüft. Geplante Änderungen der Arbeitszeit werden der Mitarbeitervertretung durch die Personalabteilung zur Prüfung und Zustimmung vorgelegt.

Im Rahmen der tariflichen Möglichkeiten, unter Berücksichtigung gesetzlicher Anforderungen und des Arbeitszeitgesetzes werden die Arbeitszeiten in verschiedenen Arbeitszeitmodellen geregelt. Die Mitarbeiter haben die Möglichkeit, ihre Wünsche in Absprache mit der Führungskraft zur Dienstplangestaltung anzumelden. Diese werden, soweit die betrieblichen Belange dies zulassen, umgesetzt.

#### *2.1.6 Ideenmanagement*

Das Krankenhaus profitiert von den Ideen seiner engagierten Mitarbeiter. Hierzu wurde ein Ideenmanagement eingerichtet, um die Vorschläge strukturiert aufnehmen und bewerten zu können.

Mitarbeiterwünsche und -beschwerden werden zudem im Rahmen der strukturierten Mitarbeiter-Gespräche aufgenommen.

Darüber hinaus können die Mitarbeiter ihre Wünsche und Sorgen ihren Führungskräften jederzeit mitteilen (Politik der offenen Tür).

Die Mitarbeiterbefragung liefert ein Gesamtbild der Mitarbeiterwünsche.

### 3. Sicherheit - Risikomanagement

#### 3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements

In der Einrichtung sind Aspekte des klinischen Risikomanagements u.a. wie folgt etabliert:

- Risiko-Analyse / Audits (externes Unternehmen Gesellschaft für Risikoberatung)
- Qualitätsbeobachtung (externe vergleichende QS)
- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- CIRS (Critical Incident Reporting System)

2016 fand eine umfassende Risikobegleitung statt, um weitere Maßnahmen zur Risikominimierung anstoßen zu können.

#### 3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung

Die Sicherheit der Patienten ist durch die Anwesenheit von qualifiziertem Personal in allen Funktionsbereichen und Fachabteilungen gewährleistet. Unser Krankenhaus wird in der Versorgung von Patientengruppen mit Aufsichtspflicht konfrontiert. Diesen Situationen begegnen unsere Mitarbeiter deshalb mit besonderer Aufmerksamkeit, individuellen Lösungen und größter Umsicht.

Generell gilt, dass Patienten mit einem höheren (Selbst-)Gefährdungspotenzial intensiver überwacht werden. Hierbei werden die gesetzlichen Bestimmungen jederzeit eingehalten.

Angehörige werden in die Betreuung von Demenzkranken und selbstgefährdeten Patienten mit eingebunden.

#### 3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement

Auf allen Stationen und in den Funktionsabteilungen befinden sich zur Erstversorgung akut lebensbedrohlicher Zustände Notfallkoffer, -Rucksäcke und -wagen. In diesen befinden sich geeignete Medikamente, Intubations-, Beatmungs- und Infusionstechnik nach vorgegebener Checkliste.

Ein zentrales Reanimationsteam befindet sich rund um die Uhr in Bereitschaft. Alle Mitarbeiter werden in einem abgestuften Modell ( Level 1-3 ) regelmäßig in speziellen Reanimationskursen geschult. Der Ablauf der Notfallversorgung wird nach einem Ereignis mit den Beteiligten reflektiert.

#### 3.1.4 Organisation der Hygiene

In unserem Haus gibt es ein zentrales und umfassendes Hygienemanagement. Es existiert ein Hygieneplan, die Desinfektionspläne hängen in allen Bereichen gut sichtbar aus.

Für die Aktualisierung der Hygienevorgaben sind die Hygienefachkraft und der Krankenhaushygieniker verantwortlich.

- Das Krankenhaus nimmt langjährig an der Aktion "Saubere Hände" teil. Auswertungen finden je Station nach der Durchführung der Beobachtung zur Händedesinfektion statt. Die Ergebnisse werden stationsweise vorgestellt.

Die Einhaltung der Hygienerichtlinien wird durch regelmäßige protokollierte Begehungen sowie auch durch unangemeldete Kontrollen sichergestellt.  
Durch die KISS-Module (Krankenhaus Infektions-Surveillance System) werden wichtige Informationen zu nosokomialen Infektionen erfasst und bewertet und ggf. Maßnahmen abgeleitet.

### *3.1.5 Hygienerrelevante Daten, Infektionsmanagement*

Ausbruchssituationen (z.B. Häufungen im Sinne des Infektionsschutzgesetzes) werden nach Rücksprache mit dem Ärztlichen Direktor an das zuständige Gesundheitsamt gemeldet.

Die Erstellung der kumulativen Keimresistenzstatistiken (z.B. MRSA) erfolgt durch die Hygienefachkraft.

### *3.1.6 Arzneimittel*

Die Bestellung, Lagerung und der Umgang mit Arzneimittel ist durchgängig geregelt.

Die Arzneimittelversorgung wird durch eine vertraglich bestellte Apotheke sichergestellt.

Über wichtige Änderungen / Anwendungsbesonderheiten informiert die Apotheke bei Lieferung des betreffenden Medikaments mit schriftlichem Hinweis.

### *3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin*

Prozesse und Handlungsabläufe beim Umgang mit Blut- und Blutprodukten entsprechen dem Transfusionsgesetz und den allgemeinen Richtlinien zur Anwendung von Blut- und Blutprodukten. Zur Umsetzung dieser Vorgaben existiert ein Transfusionsmedizinisches Handbuch.

Es wird jährlich ein internes Audit / Selbstinspektion durch den Qualitätsbeauftragten Hämotherapie und durchgeführt, um den hohen Qualitätsmaßstab zu halten.

### *3.1.8 Medizinprodukte*

Der Einsatz von qualitativ hochwertigen Medizinprodukten ist Grundlage unserer Patientenversorgung. Die lückenlose Einweisung aller Anwender in die Geräte wird sichergestellt und dokumentiert. Jeder Mitarbeiter hat einen (elektronischen) Gerätepass, in dem die für ihn gültigen Einweisungen dokumentiert sind.

### *3.2.1 Arbeitsschutz*

Zur Gewährleistung der Sicherheit von Patienten und Mitarbeitern existiert ein umfassendes Konzept zum Arbeitsschutz. In diesem sind alle Aspekte zur Arbeitssicherheit beinhaltet. Eine Fachkraft für Arbeitssicherheit ist bestellt.

Die Strahlenschutzbeauftragten gewährleisten, dass alle Vorgaben zum Strahlenschutz eingehalten werden.

Dokumentierte Gefährdungsbeurteilungen werden für alle Arbeitsplätze durchgeführt.

### *3.2.2 Brandschutz*

Ein Brandschutzbeauftragter ist benannt, ein Brandschutzkonzept und eine Brandschutzordnung sind vorhanden. In dem Brandschutzkonzept wird der Stand des Hauses abgebildet, die Brandschutzordnung ist nach Vorgabe der DIN 14096 aufgebaut.

Flucht- und Rettungspläne befinden sich in den Häusern und werden bei Bedarf durch den Brandschutzbeauftragten mit Unterstützung von externen Sachverständigen aktualisiert.

### *3.2.3 Datenschutz*

Ein umfangreiches Datenschutzkonzept ist erstellt und in Kraft gesetzt. Ziel ist die höchste Sicherheit bei dem Umgang mit den sensiblen Daten. Es beinhaltet alle datenschutzrelevanten Regelungen sowie praxisrelevante Hinweise.

Ein Datenschutzbeauftragter ist benannt. Alle Mitarbeiter verpflichten sich bei Dienstantritt schriftlich zur Einhaltung der Schweigepflicht.

### *3.2.4 Umweltschutz*

Eine konsequente Mülltrennung mit dem Ziel einer hohen Recyclingquote ist seit Jahren Bestandteil unserer Abfallwirtschaft.

Die Erfassung des Verbrauchs von Wasser und Energie erfolgt regelmäßig durch einen dafür benannten Mitarbeiter.

Maßnahmen zur Wasser- und Energieeinsparung werden im Krankenhaus umgesetzt.

### *3.2.5 Katastrophenschutz*

Regelungen zu den wichtigsten internen und externen Gefahrenlagen befinden sich im Krankenhauseinsatzplan.

Das Verfahren ist für alle Mitarbeiter jederzeit einsehbar. Der Inhalt ist Bestandteil der regelmäßigen dokumentierten Schulungen.

### *3.2.6 Ausfall von Systemen*

In dem Krankenhaus werden umfassende Verfahren zur Regelung von nichtmedizinischen Notfallsituationen angewendet.

Die redundante Stromversorgung ist durch Notstromaggregate und intelligente Netzaufteilung gewährleistet.

## 4. Informations- und Kommunikationswesen

### 4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

Das EDV-System des Krankenhauses ist umfassend extern (z.B. durch Firewalls) und intern (z.B. durch Sicherheitsrichtlinien) geschützt. Die vorhandene IT-Infrastruktur ermöglicht allen Anwendern eine uneingeschränkte Nutzung der vorhandenen IT-Systeme im Rahmen ihrer Berechtigungen.

Das System ist 24h verfügbar. Wichtigste Komponenten sind redundant vorhanden, sie werden umfangreich vor Stromausfällen geschützt.

Der Serverraum erfüllt die Anforderungen des Brandschutzes und der Datensicherheit.

### 4.2.1 Klinische Dokumentation

Alle wichtigen Informationen werden in der Patientendokumentation festgehalten.

Zur Erarbeitung der bestehenden Regelungen wurden die verschiedenen Berufsgruppen (Ärzte, Pflege, Archiv) mit einbezogen.

Die Pflegemitarbeiter kontrollieren die Patientenakte kontinuierlich systematisch auf Vollständigkeit. Vor Archivierung wird überprüft, ob alle notwendigen Unterlagen vollständig und plausibel sind.

### 4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

Regelungen für den Zugriff auf Patientenakten und zur die Führung der Akte sind vorhanden. Diese legen u.a. fest, wie die Papierakten während des Aufenthaltes zu führen und aufzubewahren sind, sowie den Patienten zu diagnostischen und operativen Maßnahmen mitzugeben sind.

Zum Zwecke des Zugriffs auf elektronische Daten sind auf allen Stationen und in allen Funktionsabteilungen EDV-Arbeitsplätze eingerichtet.

Papierakten sind während des Aufenthaltes des Patienten zentral in den Visitenwagen bzw. in den Pflegestützpunkten hinterlegt.

Röntgenbilder und -befunde können von allen berechtigten Mitarbeitern im PACS eingesehen werden. Für die Befundung von CT-Untersuchungen außerhalb der Regeldienstzeit bestehen teleradiologische Verbindungen. Für die Radiologie ist darüber hinaus auch ein externer Zugriff mit verschlüsselter Datenübertragung (SSL VPN) möglich.

Für die Organisation des Archivs existiert ein entsprechendes Archivkonzept.

### 4.3.1 Information der Unternehmensleitung

Über zahlreiche Informationsquellen erhält die Krankenhausgeschäftsleitung kontinuierlich Berichte zum aktuellen Stand aller Bereiche (z.B. Monatsberichte, Protokolle, persönliche Teilnahme in Kommissionen).

Nutzerbezogen werden Fachzeitschriften, Mitteilungen der Krankenhausgesellschaften, Newsletter der Fachverbände und Pressemitteilungen kontinuierlich und regelmäßig zur Verfügung gestellt. Die Kommunikationsstruktur ist in einer Besprechungsmatrix abgebildet.



#### *4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang*

Die Mitarbeiter des Empfangs bedienen die Telefonzentrale und leiten eingehende Anrufe weiter. Besuchern und Patienten weisen sie gerne den Weg innerhalb der Klinik und beantworten interne und externe Anfragen kompetent.

Der Eingangsbereich ist patienten- und besucherfreundlich gestaltet. Ein Getränke- und Speisenautomat ist vorhanden. Ausreichend Sitzmöglichkeiten befinden sich im Eingangsbereich.

## 5. Unternehmensführung

### 5.1.1 Philosophie/Leitbild

Ein Leitbild christliche Orientierung wurde erstellt und reflektiert die Unternehmenswerte im Christlichen Kontext.

Die Führungskräfte sind sich ihrer Vorbildfunktion bewusst. Bedingt durch die langjährige Zugehörigkeit vieler Mitarbeiter und deren örtliche Verbundenheit herrscht ein kollegiales und menschliches Miteinander. Das Leitbild wurde den Führungskräften vorgestellt und steht allen Mitarbeitern zur Verfügung.

### 5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Vertrauensbildende und -fördernde Maßnahmen sind wichtiger Bestandteil der Führungsarbeit gemäß unseren Unternehmenswerten. Entsprechend dem Unternehmenswert Respekt wird ein respektvoller, offener, ehrlicher Umgang mit Patienten, Besuchern, Mitarbeitern, Kollegen und Vertragspartnern gepflegt.

### 5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Entsprechend unserem Leitbild werden Entscheidungen zu ethischen Problemstellungen kollegial, unter Einbeziehung des Patienten und deren Angehörigen getroffen. Einen hohen Stellenwert in unseren Kliniken nimmt die feinfühlig und umsichtige Behandlung ethischer Problemstellungen ein, dies gilt vor allem bei ethisch bedingten Therapieplanungen, Therapieänderungen und Therapieabbrüchen.

Das klinische Ethikkomitee der Krankenhäuser des Trägers ist interdisziplinär zusammengesetzt.

### 5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Externe Dienstleister sowie niedergelassene Ärzte werden bei Bedarf über Neuerungen / Änderungen informiert. Es besteht ein reger persönlicher und telefonischer Kontakt der Klinikärzte mit den niedergelassenen Kollegen.

Der Internetauftritt beinhaltet u.a. Informationen über spezielle Leistungen, Besonderheiten der Krankenhausbehandlung, Wahlleistungsmöglichkeiten, Veranstaltungstermine sowie die speziellen Ansprechpartner. Direkte Mitteilungsmöglichkeiten für Patienten und Angehörige sind ersichtlich (Telefon, Email).

Eine Stabstelle Unternehmenskommunikation ist eingerichtet.

### 5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung

In der Zielplanung wird die individuelle Situation des Hauses (u.a. Leistungsportfolio sowie Entwicklungen im Einzugsgebiet) berücksichtigt sowie aktuelle Entwicklungen der Gesundheitspolitik einbezogen.

Portfolioveränderungen sowie Entwicklungen im Einzugsgebiet werden im Rahmen der Quartalsgespräche mit den Chefärzten sowie innerhalb der Betriebsleitung diskutiert und bewertet und finden Eingang in die Zielplanung.

### 5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement

Die Zielsetzungen des umfassenden Risikomanagements umfassen abteilungs- und berufsgruppenübergreifende Instrumente.

Dabei werden das betriebswirtschaftliche und klinische Risikomanagement ständig weiterentwickelt.

Das betriebliche Risikomanagement wird durch den Aufbau eines internen Kontrollsystems (IKS) implementiert. Dieses ist in die Kriterien

- Unternehmensorganisation / Aufbauorganisation
- Patientenmanagement / Budgetverhandlungen
- Vertragsmanagement
- Beschaffung
- Inventur
- Anlagenverwaltung
- Betriebliches Rechnungswesen
- Bankverkehr
- Personalmanagement
- Dienstreisen
- Fuhrpark
- Übergreifende Sicherheitsvorkehrungen
- Informationstechnologie
- Datenschutz
- Umgang mit Medizinprodukten
- Unterstützungsprozesse
- Projekte
- Bau

gegliedert.

### 5.2.3 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Kooperationspartner werden nach Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskriterien ausgesucht. Bei strategischen Kooperationspartner im Leistungsbereich spielen folgende Punkte eine wichtige Rolle:

- Verbesserung der Zusammenarbeit im Sinne integrativer Versorgung (Netzwerkbildung),
- verbesserter Patienten-Service und -bindung,
- Fallzahlsteigerung,
- Ausbau des Leistungsspektrums und Erzielung zusätzlicher Deckungsbeiträge,
- Zuverlässigkeit, Qualität und Einhaltung der vorgegebenen Zeitmargen,
- Reaktionen auf Entwicklungen im Einzugsgebiet

In der Regel werden Kooperationsvereinbarungen in schriftlicher Form geschlossen. Abhängig von der Art der Zusammenarbeit werden Kooperationsvereinbarungen auf Basis von Standardverträgen oder Individualverträgen geschlossen.

### *5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien*

Die systematische Information der Krankenhausgeschäftsleitung ist durch ein internes Berichtswesen, regelmäßige Jour-Fixe, Jahresberichte und verschiedene Kommissionen sichergestellt. In der Besprechungsmatrix und den jeweiligen Geschäftsordnungen sind die Strukturen von Besprechungen sowie deren Protokollierung, der Informationsaustausch, die Regelmäßigkeit der Arbeitstreffen zwischen den einzelnen Abteilungen sowie Personen und Verantwortlichkeiten geregelt.

Für beauftragte Projekte wird ein Projektleiter benannt. Dieser ist gegenüber der Geschäftsführung berichtspflichtig.

### *5.3.2 Innovation und Wissensmanagement*

Innovationen werden gezielt geplant und Wissen als Chance zur Weiterentwicklung genutzt. Motivation für die Einleitung eines Veränderungsprozesses können die Lösung konkreter Probleme oder die Weiterentwicklung des Unternehmens sein.

Mitarbeiter werden angeregt durch Fortbildungen und Visitationen neue Ablaufstrukturen und Behandlungsmethoden kennen zu lernen.

Extern besuchte Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen werden intern ausgewertet und die Inhalte zielgruppengerecht weitergegeben. Neue Erkenntnisse werden in der Prozessoptimierung berücksichtigt (z.B. Schulungen zu neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen, Medizinproduktegesetz, Datenschutz).

## 6. Qualitätsmanagement

### 6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Die Geschäftsführung stellt die notwendigen personellen und finanziellen Ressourcen zur Verfügung. Durch die Diskussion und der Analyse verschiedener Informationsquellen (z.B. Trendanalysen, Messungen, Kennzahlensysteme, Beschwerden, Verbesserungsvorschlägen, Klinikvorgaben) werden Prioritäten gesetzt.

Um das Verständnis der Mitarbeiter für QM zu erhöhen, wurden u.a. folgende Schulungen durchgeführt

- Ausbildungen zu internen Auditoren
- Schulung zu Qualitätsmanagementbeauftragten
- Schulungen im Umgang mit Pflichtunterweisungen (CNE)
- Schulungen im Umgang mit dem Dokumentenmanagementsystem (roXtra)
- CIRS-Schulungen

### 6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung

Die Anforderungen unserer Kunden sind als Kernprozesse umfänglich in Verfahrensanweisung geregelt. Unter Kernprozesse werden alle Prozesse verstanden, die direkt zur Patientenversorgung durchgeführt werden, Stützprozesse sind die Prozesse, die indirekt zur Patientenversorgung beitragen, Führungsprozesse geben Rahmenbedingungen und Ressourcen vor.

Zu ausgewählten Themen wird eine Projektleitung benannt, diese stellt bedarfsgerecht eine Projektgruppe zusammen; für das Projektmanagement ist eine Regelung erstellt. Projektergebnisse / -berichte werden an den Projektauftraggeber kommuniziert. Eine Überprüfung der zeitgerechten Bearbeitung der Projekte findet über die Jour Fixe zwischen Auftraggeber und Projektleitung statt, ggf. erforderliche Anpassungen werden hier kommuniziert.

### 6.2.1 Patientenbefragung

Eine laufende interne Patientenbefragung wird aus dem QM werktäglich aktiv durchgeführt. Ein einer Befragungsmatrix ist festgelegt, auf welcher Station an welchem Wochentag befragt wird. Die Fragen sind in dem standardisierten klinikeigenen Meinungsbögen enthalten und werden vom QM statistisch ausgewertet.

Einmal im Monat werden die Befragungsergebnisse von dem QM strukturiert ausgewertet. Anschließend wird die Auswertung der Betriebsleitung, den Kliniken und Stationen zur Verfügung gestellt.

### 6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Eine Einweiser-Befragung dient zur Erhebung der Zufriedenheit der einweisenden Ärzte mit den Abläufen unserer Häuser.

Die Befragung ist ein Teil der Einweiserbindung. Dies dient dazu, die Stärken der Kliniken weiter auszu-

bauen bzw. Verbesserungspotentiale aufzudecken und den Kontakt mit den Einweisern zu intensivieren. Zu den Bausteinen des strukturierten Einweisermanagements gehören:

- Einweiserbefragungen
- Einweiser-Statistiken mit Vorjahresvergleich
- Fortbildungsveranstaltungen (mit externen Teilnehmern)
- Maßnahmen der Führungsebene (Einweiserpflege: z.B.: CA-Besuche der Einweiser)

Im Rahmen von Sitzungen und Konferenzen werden die Ergebnisse besprochen und darauf ggf. mit Veränderungsprojekten reagiert.

### *6.2.3 Mitarbeiterbefragung*

In definierten Abständen werden Mitarbeiterbefragungen durchgeführt. Die Ergebnisse aus der Mitarbeiter-Befragung werden der Betriebsleitung, der MAV und weiteren Gremien vorgestellt. Die Gewährleistung der Anonymität und des Schutzes der Persönlichkeit der Befragten ist im Befragungskonzept enthalten und wird durch die extern damit beauftragte Spezialfirma gewährleistet.

### *6.3.1 Beschwerdemanagement: Lob und Beschwerden von Mitarbeitern, Patienten und weiteren Externen*

Strukturiert werden die Beschwerden von Patienten, Angehörigen, Einweiser, Pflegeeinrichtungen und Kostenträger erfasst und ausgewertet. Die Ergebnisse werden der Betriebsleitung zur Verfügung gestellt. Zusätzlich werden Befragungsergebnisse aller extern und intern durchgeführten Befragungen proaktiv genutzt um Schwachstellen in der Patientenversorgung als Quelle möglicher Beschwerden frühzeitig zu erkennen.

### *6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren*

Durch die Teilnahme an KISS-Modulen können hygienische Komplikationen erfasst und ausgewertet werden.

Alle erhobenen Daten und Statistiken führen nach ihrer Bewertung ggf. zu Veränderungsmaßnahmen.

Diese werden durch die Betriebsleitung und weitere Gremien (z.B. Hygienekommission) festgelegt.

Die Ergebnisse der externen vergleichenden Qualitätssicherung werden im Frühjahr des Folgejahres eines Qualitätssicherungsjahres von der QS-NRW an das Krankenhaus übermittelt.

Die Ergebnisse werden vom QM an die Kliniken weitergeleitet, in den Folgemonaten werden bei auffälligen Modulen oder Indikatoren Maßnahmen zum strukturierten Dialog (Hinweise, Stellungnahmen) mit den Kliniken durchgeführt.