



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

Krankenhaus: St. Antonius Krankenhaus

Institutionskennzeichen: 260530454

Anschrift: Schillerstr. 23
50968 Köln

Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer: 2007 – 0002 K

durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle:

NIS Zertifizierungs- und Umweltgutachter GmbH, Hanau

Datum der Ausstellung: 17.01.2007

Gültigkeitsdauer: 16.01.2010

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Einleitung	5
Basisteil	8
A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	8
B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	15
B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	25
C Qualitätssicherung	28
C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	28
C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)	29
C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP)	29
C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach §137 Abs. 1 S.3 Nr. 3 SGB V	29
Systemteil	30
D Qualitätspolitik	30
E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	31
F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum	36
G Weitergehende Informationen	40
H Ausstattung	41
Die KTQ-Kriterien beschrieben vom St. Antonius Krankenhaus	43
1 Patientenorientierung im Krankenhaus	43
2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung	49
3 Sicherheit im Krankenhaus	53
4 Informationswesen	57
5 Krankenhausführung	60
6 Qualitätsmanagement	64

Vorwort der KTQ[®]

Die KTQ-Zertifizierung ist ein krankenhausspezifisches Zertifizierungsverfahren, das getragen wird von der Bundesärztekammer (BÄK), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem Deutschen Pflegerat (DPR) und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherungen¹. Darüber hinaus wurde der Hartmannbund - Verband der Ärzte Deutschlands e.V. (HB) – mit Beginn des Routinebetriebes im „Niedergelassenen Bereich“ ebenfalls Gesellschafter der KTQ-GmbH. Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet. **Die Verfahrensinhalte wurden ausschließlich von Krankenhauspraktikern entwickelt und erprobt.**

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

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

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

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

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

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

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

Jedem KTQ-Qualitätsbericht ist ein Vorwort der KTQ-GmbH vorangestellt, darauf folgen die individuelle Einleitung, in der drei bis vier innovative, patientenorientierte Leistungen beschrieben werden, die Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses, die Daten der Qualitätssicherung, die Leistungen aus der Mindestmengenvereinbarung sowie eine Beschreibung des krankenhausesinternen Qualitätsmanagements und darüber hinaus wird zu jedem der insgesamt **72 Kriterien des KTQ-Kataloges** ein Abstrakt dokumentiert.

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

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

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

Dr. H. D. Scheinert
Für die Spitzen-
verbände der Krankenkassen

Dr. M. Walger
Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

M.-L. Müller
Für den Deutschen Pflegeerrat

Einleitung

Das St. Antonius Krankenhaus - Gesundheitszentrum Köln-Süd ist ein Haus der Grund- und Regelversorgung im Süden der rheinischen Metropole Kölns.

Das Krankenhaus steht in Trägerschaft der St. Antonius Krankenhaus, Köln, gGmbH. Alleinigere Gesellschafter ist die Stiftung der Cellitinnen e.V. in Köln, die weitere zwei Krankenhäuser in Köln und eine Psychiatrische Fachklinik im Kölner Umland betreibt.

Die medizinisch-pflegerische Versorgung gewährleisten die **Abteilungen**:

- **Medizinische Klinik**
- **Chirurgische Klinik**
 - **Allgemein- und Visceralchirurgie**
 - **Unfall- und Wiederherstellungschirurgie**
- **Augenheilkunde**
- **Anästhesie- und Intensivmedizin**
- **Kurzzeitpflegeeinrichtung mit 20 Plätzen**

Innerhalb der Hauptfachabteilungen bestehen die **anerkannten Schwerpunkte**:

- **Diabetologie**
- **Unfallchirurgie**



Haupteingang des Krankenhauses

Das Krankenhaus beschäftigt ca. 400 MitarbeiterInnen und versorgt jährlich ca. 6.800 stationäre Patienten. Darüber hinaus verfügt das Krankenhaus neben einer modernen Notfallambulanz über diverse weitere Ambulanzen und bietet ambulante Operationen an. Im ambulanten Bereich versorgt das Krankenhaus jährlich ca. 13.500 Patienten.

Begründer und bis ins Jahr 2000 Betreiber des Krankenhauses war die Ordensgemeinschaft der Genossenschaft der Cellitinnen in Köln, Severinstraße. 1905 begannen die Planungen für ein Krankenhaus zur Versorgung der ständig wachsenden Bevölkerung der südlichen Kölner Industrievororte.

Erbaut wurde das ursprüngliche Krankenhaus 1907 - 1909 von Peter Gärtner im Stil der vergangenen historischen Architektur. Am 23. Juni 1909 ging das mit 150 Krankenbetten projektierte Haus in Betrieb. Zunächst entwickelte sich das Haus überwiegend zu einem Unfallkrankenhaus, nach dem 2. Weltkrieg zu einem Versorgungskrankenhaus des Kölner Südens.

Das Haus ist bis heute das einzige Krankenhaus im Stadtbezirk II (Rodenkirchen) mit ca. 100.000 Einwohnern geblieben und zwischenzeitlich um eine Kurzzeitpflegeeinrichtung erweitert worden.

Das St. Antonius Krankenhaus versteht sich als Dienstleistungsunternehmen im Gesundheitswesen mit der Ausrichtung am Bedarf der zu versorgenden Bevölkerung. Unter Beachtung der Wettbewerbsbedingungen im Gesundheitswesen positionieren wir uns mit unserem Leistungsspektrum entsprechend dem vom Land NRW erteilten Versorgungsauftrag und weitergehender Versorgungsverträge. Trotz steigenden Wettbewerbs bleibt für uns der Patient als Kunde der alleinige Maßstab unseres Qualitätsanspruchs. Die Zufriedenheit des Patienten und seines sozialen Umfeldes mit unseren Leistungsprodukten betrachten wir als das zentrale Ziel unserer Bemühungen. Durch Profilierung in den medizinischen Bereichen, durch die Besinnung auf unsere katholisch-caritative Identität mit unserem Krankenhausgründer und über die daraus abgeleiteten Wertvorstellungen streben wir eine Intensivierung der Patienten- bzw. Kundenbindung an unser Haus an.

Hierzu richten wir die für unsere Klinik definierten ärztlichen Therapieschemata und pflegerischen Standards am aktuellen Stand der Wissenschaft aus.

Mit strukturierten Organisationsabläufen, die durch Transparenz und Kontrolle einer permanenten Verbesserung unterliegen und durch an Leitlinien ausgerichtete Behandlungspfade optimieren wir die Versorgung unserer Patienten. An der Verbesserung von Organisationsabläufen und der Kontinuität ärztlicher und pflegerischer Maßnahmen sowie der Tätigkeiten der Versorgungsbereiche für den Patienten arbeiten wir kontinuierlich im Rahmen unseres Qualitätsmanagementsystems unserer Klinik. Unter dem wachsenden Kostendruck denken und handeln wir zwar wirtschaftlich, halten jedoch eine Sicherung und Steigerung in der Qualität unserer Arbeit für den zentralen Aufgabenbereich.

Eine zeitnahe und zielorientierte Kommunikation unter den Mitarbeitern aller patientenorientierter Bereiche ist dabei die Grundvoraussetzung zum Erreichen eines definierten Behandlungsziels.

Wir arbeiten an einer permanenten Weiterentwicklung unseres Angebotsspektrums im Sinne eines leistungsfähigen Gesundheitszentrums. Den Anspruch an unsere Arbeit spiegeln wir auch im äußeren Erscheinungsbild unseres Krankenhauses mit Optimierung des direkten Patientenumfeldes.

Im Zentrum unserer Betrachtung steht der Patient als momentan hilfebedürftiges Individuum mit seinen persönlichen Wertvorstellungen, seiner individuellen Lebensplanung und seiner ethischen und religiösen Ausrichtung unter Einschluss seines familiären und sozialen Umfeldes.

Die Aussagen zur Qualitätspolitik unseres Hauses und der strategischen Ausrichtung basieren auf den Grundsätzen des von der Mitarbeiterschaft im Jahr 2000 verabschiedeten Leitbildes unseres Krankenhauses.

Unser Leitsatz:

- ***Miteinander zum Wohle des Patienten - Gemeinsam zum Erfolg*** •

Im Rahmen unseres sich weiterentwickelnden Qualitätsmanagementsystems werden die Qualitätspolitik unseres Hauses und die zur Qualitätsverbesserung eingesetzten Instrumente einer regelmäßigen Überprüfung unterzogen.

Weitere Informationen über unser Krankenhaus finden Sie im Internet auf unserer Homepage [www. antonius-koeln.de](http://www.antonius-koeln.de).

Die Strukturdaten des St. Antonius Krankenhaus

Basisteil

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses (Anschrift, E-Mail, Internetadresse)
St. Antonius Krankenhaus
Schillerstr. 23
50968 Köln
info@antonius-koeln.de
www.antonius-koeln.de

A-1.2 Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?
260530454

A-1.3 Wie lautet der Name des Krankenhausträgers?
St. Antonius Krankenhaus, Köln, gGmbH

A-1.3.1 Welche Versorgungsstufe hat das Krankenhaus nach dem Landeskrankenhausplan?
Grundversorgung

A-1.3.2 Werden psychiatrische Fachabteilungen mit Differenzierung nach Schwerpunkten für das Krankenhaus ausgewiesen?
 ja nein

A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?
 ja nein

A-1.4.1 Arbeiten sonstige Einrichtungen mit dem Krankenhaus zusammen wie
 Rehabilitationsklinik
 Psychiatrische Einrichtung
 Tagesklinik
 Pflegeeinrichtung
 Dialysezentrum
 Anerkannte Fort- und Weiterbildungseinrichtungen
 Arztpraxen
 Vertragliche Kooperationszentren (z. B. Apparatgemeinschaften)
 Sonstige

A-1.4.2 Gibt es an Ihrem Krankenhaus
 eine Krankenpflegeschule
 eine Kinderkrankenpflegeschule
 eine Krankenpflegehilfeschule

A-1.5 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V (Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)

214

A-1.5.1 Anzahl der Betten für den Maßregelvollzug¹

0

A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

Stationäre Patienten:	6796
Ambulante Patienten:	13500
Davon Privatpatienten:	1002

A-1.7 A Fachabteilungen

Schlüssel nach § 301 SGB V	Name der Klinik	Zahl ² der Betten	Zahl der Betten	Zahl der stationären Fälle	Hauptabt. (HA) oder Belegabt. (BA)*	Poliklinik/ Ambu- lanz ja/nein	Notfall- auf- nahme vorhan- den? ja/nein
0100	Innere Medizin		129	4089	Ha	nein	ja
0153	I.M. SP Diabetes					nein	ja
1500	Allgemeine Chirurgie		47	950	Ha	nein	ja
1600	Unfallchirurgie		30	1312	Ha	nein	ja
2700	Augenheilkunde		8	445	Ba	nein	nein
	Anästhesie/Intensiv	nb				nein	ja

* Nicht bettenführende Abteilung mit fachlich nicht weisungsgebundener Leitung nb eintragen

¹ Die forensische Abteilung ist von der KTQ-Zertifizierung ausgenommen
² Bei Intensivmedizin getrennte Angabe der Betten nach Intensivstation/Wachstation

A-1.7 B Mindestens Top-30 DRG (nach absoluter Fallzahl) des Gesamtkrankenhauses im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	C08	Kapselerhaltende Entfernung der Augenlinse	400
2	K60	Zuckerkrankheit (=Diabetes mellitus)	391
3	I21	operative Entfernung von Osteosynthesematerial	194
4	E77	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	175
5	F62	Herzschwäche (=Herzinsuffizienz) oder Kreislaufkollaps	173
6	B70	Schlaganfall	164
7	F72	Zunehmende Herzenge (=Instabile Angina pectoris)	163
8	B69	Kurzzeitige (bis 24 Stunden) Nervenfunktionsausfälle aufgrund einer Hirndurchblutung oder Durchblutungsstörungen am Hals (z.B. Halsschlagader)	158
9	F73	Kurz dauernde Bewusstlosigkeit, Ohnmacht	157
10	G67	Speiseröhren- oder Magen-Darm-Entzündung oder verschiedene Krankheiten der Verdauungsorgane	132
11	F71	Leichte oder mittlere Herzrhythmusstörung oder Reizleitungsstörung des Herzmuskels	121
12	E65	Krankheiten mit zunehmender Verengung der Atemwege (=chronisch-obstruktiv)	120
13	F67	Bluthockdruck	107
14	X62	Vergiftungen / giftige Wirkungen von Drogen, Medikamenten oder anderen Substanzen	100
15	I13	Operation am Oberarm, am Schienbein, am Wadenbein und/oder am Sprunggelenk	95
16	G24	Eingriffe bei Bauchwandbrüchen, Nabelbrüchen Oder anderen Brüchen	95
17	I68	Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich	93
18	V60	Alkoholvergiftung oder -entzug	82
19	H14	Gallenblasen OP	79
20	K01	Verschiedene Operationen bei Komplikationen der Zuckerkrankheit (=Diabetes)	78
21	F60	Herz-Kreislaferkrankungen mit akutem Herzinfarkt, ohne eindringende kardiologische Untersuchung	75
22	G23	Blinddarmentfernung	74
23	B80	sonstige Kopfverletzungen (z.B. Gehirnerschütterung)	73

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
24	G46	Komplexe therapeutische Magenspiegelung bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane	66
25	J65	Verletzung der Haut, Unterhaut, Brust	66
26	G26	Eingriffe am Anus	61
27	B76	Anfälle	59
28	J64	Infektion/Entzündungen der Haut oder Unterhaut	52
29	I51	sonstige Operationen an Hüftgelenk und Oberschenkel	51
30	G50	Magenspiegelung bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane	50

A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte

Welche besonderen Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote werden vom Krankenhaus wahrgenommen? (Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

- ☞ ambulante und stationäre Behandlung aller Fachabteilungen im Rahmen der Grund- und Regelversorgung (Versorgungsschwerpunkte s. B-1.1 bis B-1.4)
- ☞ Abteilung für Physiotherapie
- ☞ Kurzzeitpflege

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen:

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung
 ja nein

A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Welche ambulanten Behandlungsmöglichkeiten bestehen (Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

- ☞ Ambulantes Operationszentrum (z.B. bei Bauchwandbrüchen, Enddarmeingriffen, Krampfadern, Bruchstabilisierungen bei kleineren Knochen, kleineren Implantatentfernungen)
- ☞ Ambulante Notfallbehandlungen
- ☞ Privatambulanzen
- ☞ Notfallambulanz
- ☞ Fußambulanz
- ☞ Durchgangsärztliche Ambulanz
- ☞ Kassenärztliche Ambulanz für Endokrinologie - Diabetologie
- ☞ Physiotherapie (z.B. Bewegungsbad, gerätegestützte KG, manuelle Lymphdrainage, manuelle Therapie)

A-2.0 Durchgangsarztverfahren

Welche Abteilungen haben die Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft?

Abteilung für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie
(Leitender Arzt Dr. med. E.-A. Cramer)

Besteht die Zulassung zum Verletzungsartenverfahren der Berufsgenossenschaft

ja nein

A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

A-2.1.1 Apparative Ausstattung

Apparative Ausstattung	Vorhanden	Verfügbarkeit 24 Stunden sichergestellt	Apparate- gemeinschaft
Computertomographie	Ja	Ja	
Magnetresonanztomographie	Ja	Nein	in Kooperation (Radiologen)
Herzkatheterlabor	Nein	Nein	
Szintigraphie	Ja	Nein	in Kooperation (Radiologen)
Positronenemissionstomographie	Ja	Nein	in Kooperation (Radiologen)
Elektroenzephalogramm	Ja	Nein	in Kooperation (Neurologen)
Angiographie	Ja	Nein	in Kooperation (Radiologen)
Schlaflabor	Nein	Nein	
Kernspin	Ja	Nein	in Kooperation (Radiologen)
Sonographie	Ja	Ja	
Röntgen	Ja	Ja	
Broncho-/Endoskopie	Ja	Ja	
Echoskopie/TEE	Ja	Ja	
Mikrobiologie	Ja	Ja	in Kooperation (Mikrobiologe)

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

Therapeutische Möglichkeit	Vorhanden	Apparategemeinschaft
Physiotherapie	Ja	
Bewegungsbad	Ja	
Balneophysikalische-Therapie	Nein	
Dialyse	Nein	
Logopädie	Ja	
Ergotherapie	Ja	
Schmerztherapie	Ja	
Eigenblutspende	Ja	
Gruppenpsychotherapie	Nein	
Einzelpsychotherapie	Nein	
Psychoedukation	Nein	
Thrombolyse	Ja	
Bestrahlung	Nein	

A-2.1.3 Existieren folgende erweiterte therapeutische Möglichkeiten?

- Operativer Bereitschaftsdienst
- Präsenzbereitschaft
- Rufbereitschaft
- Blutdepot in Klinik
- Blutdepot außerhalb/ extern
- Regelung der Konsiliardienste im Haus vorhanden
- Regelung der Konsiliardienste extern vertraglich geregelt

A-2.1.4 Welche weiteren Leistungsangebote bestehen?

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

Sonstige?

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Medizinische Klinik

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Diagnostik und Therapie sämtlicher Erkrankungen aus dem Bereich der Inneren Medizin

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Erkrankungen des Herzens (Kardiologie)
 Magen-Darm- Leber-Galle-Bauchspeicheldrüse-Erkrankungen
 (Gastroenterologie)
 Lungen- und Bronchialerkrankungen (Pulmologie)
 Nieren- und Harnwege
 Stoffwechsellentgleisungen
 Onkologie

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Notfallambulanz

B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	E77	Infektion und Entzündung der Atmungsorgane	173
2	F62	Herzschwäche (Herzinsuffizienz)	171
3	F72	Zunehmende Herzenge (Instabile Angina pectoris)	163
4	B70	Schlaganfall	162
5	B69	Kurzzeitige Nervenfunktionsausfälle aufgrund Hirndurchblutungsstörungen	157
6	F73	Kurz dauernde Bewusstlosigkeit, Ohnmacht	157
7	F71	Leichte oder mittlere Herzrhythmusstörungen	120
8	E65	Zunehmende Verengung der Atemwege (chronisch-obstruktiv)	119
9	G67	Speiseröhren- oder Magen-Darm-Entzündungen	108
10	X62	Vergiftungen	97

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	I50	199	Herzschwäche (Herzinsuffizienz)
2	J18	174	Lungenentzündung durch unerkannte Erreger
3	G45	173	Kurzzeitige Hirndurchblutungsstörungen mit Nervenlähmungen (max. 24 Stunden)
4	I20	169	anfallartige Schmerzen in der Herzgegend (Angina pectoris)
5	J44	136	Herzrhythmusstörungen aufgrund einer Schädigung des Erregungsleitungssystems
6	R55	131	kurz dauernde Bewusstlosigkeit/Ohnmacht
7	I21	106	Akuter Herzinfarkt
8	F10	93	Psychische und/oder Verhaltensstörungen durch Alkohol
9	I63	83	Hirninfarkt
10	I48	92	Vorhofflimmern

B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	1-632	762	Spiegelung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms
2	1-650	273	Dickdarmspiegelung
3	1-710	103	Lungen-Funktionsprüfung (Body-Plethysmographie)
4	5-377	52	Einsetzen eines Herzschrittmachers
5	1-642	30	Spiegelung der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüsengänge
6	5-378	20	Entfernen eines Herzschrittmachers

B-1.1 Medizinische Klinik - Schwerpunkt Diabetologie

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Spezialstation zur Zucker-Stoffwechsel-Einstellung (DDG/DMP- zertifiziert)

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Zucker-Stoffwechsel-Einstellung (DDG / DMP-zertifiziert) mit interdisziplinärer Fußstation

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Ärztlicher diabetologischer Konsiliardienst für kooperierende Krankenhäuser - Diabetes

B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	K60	Zuckerkrankheit (Diabetes Mellitus)	391
2	K01	Verschiedene Operationen bei Komplikationen der Zuckerkrankheit (=Diabetes)	78
3	K13	Diabetische Fußsyndrom	43

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klerschrift (deutsch)
1	E11	457	Zuckerkrankheit (=Typ II Diabetes, ohne Insulinabhängigkeit)
2	E10	111	Primär insulinabhängige Diabetes Mellitus Typ I

B-1.1 Allgemeine Chirurgie

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Behandlung gutartiger und bösartiger Erkrankungen des gesamten Fachgebietes Allgemeinchirurgie einschließlich der Eingeweidechirurgie (Visceralchirurgie)

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Tumorchirurgie am Magen-Darmtrakt
 Gutartige Erkrankungen des Magen-Darmtraktes
 Endokrine Chirurgie (Schilddrüse mit intraoperativem Neuromonitoring, Nebenschilddrüse)
 Minimal - invasive Chirurgie (Bauchspiegelungstechnik) am Magen- Dickdarm, Mastdarm, Gallenblase und Milz Mastdarmlen (Proktologie)
 OP bei Bauchwandbrüchen (Leiste, Nabel, Narben) offen und minimal - invasive
 Krampfaderleiden (Varizen)

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Indikationssprechstunde zu allgemeinchirurgischen Krankheitsbildern und mögliche Operationsindikation
 vor- und nachstationäre Behandlung
 Notfallambulanz

B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	G24	Eingriffe bei Bauchwandhernien, Nabelhernien und anderen Hernien	95
2	G23	Blinddarmentfernung	91
3	H14	Gallenblasenentfernung laparoskopisch (Schlüsselloch-Operation)	78
4	G26	Andere Eingriffe am Anus	60
5	G25	Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, einseitig und beidseitig	44
6	G18	Eingriffe an Dünn- und Dickdarm	42
7	F29	Unterbinden oder Entfernen von Venen (z.B. Krampfadern)	33
8	J64	Infektion oder Entzündung der Haut und Unterhaut	28
9	J11	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Brust	26
10	K12	Operationen an der Schilddrüse	17

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	K40	168	Eingeweidebruch (Hernie)
2	K35	103	Akute Blinddarmentzündung
3	K80	100	Gallensteinleiden
4	K57	56	Sackförmige Darmwandausstülpungen an mehreren Stellen (Divertikulose)
5	I84	34	Hämorrhoiden
6	L02	28	abgekapselte Eiteransammlung der Haut (Hautabszess)
7	I83	26	Krampfadern an den Beinen
8	K56	24	Lebensbedrohende Unterbrechung der Darmpassage aufgrund einer Darmlähmung
9	R10	23	Bauch- und Beckenschmerzen
10	C18	17	Bösartige Neubildungen

B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	5-530	134	Verschluss von Eingeweidebrüchen (Hernien)
2	5-470	122	Blindarmentfernung
3	5-511	107	Gallenblasenentfernung
4	5-572	70	Harnblasenkatheter durch Bauchdecke
5	5-455	66	Dickdarm-Teilentfernungen
6	5-385	57	Krampfader-Entfernungen
7	5-469	48	sonstige Operationen am Darm
8	5-894	47	Geschwulstentfernungen an Haut und Unterhaut
9	5-541	44	operative Eröffnung der Bauchhöhle und/oder Eröffnung des rückseitigen Bauchfells
10	5-493	36	Hämorrhoiden-Operationen

B-1.1 **Unfallchirurgie**

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

konservative und operative Behandlung akuter Unfallfolgen und verbliebener Unfallfolgeschäden einschließlich orthopädischer Korrekturingriffe am Stütz- und Bewegungssystem

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Minimal - invasive operative Knochenbruchstabilisierung
 Gelenkchirurgische Eingriffe in Spiegelungstechnik (Arthroskopie)
 Minimal - invasive und offene Wirbelsäulenstabilisierungen
 Gelenkersatz an Hüft- und Schultergelenk
 Fußchirurgie einschließlich operativer Fußkorrekturen bei Blutzuckererkrankung
 Orthopädisch-operative Eingriffe bei degenerativen Erkrankungen großer Gelenke

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Indikationssprechstunde zu unfallchirurgisch-orthopädischen Krankheitsbildern und mögliche Operationsindikation
 Durchgangsärztliche Sprechstunde
 vor- und nachstationäre Behandlung
 Notfallambulanz

B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	I21	Entfernung von Osteosynthesematerial	194
2	I13	Operationen am Oberarm, am Schienbein, am Wadenbein und/oder Sprunggelenk	132
3	B80	sonstige Kopfverletzungen (z.B. Gehirnerschütterung)	72
4	I68	Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich	70
5	J65	Verletzung der Haut, Unterhaut und Brust	58
6	I51	sonstige Operationen an Hüftgelenk und Oberschenkel	51
7	I20	Operationen am Fuß	43
8	X60	Verletzungen und allergische Reaktionen	37
9	I47	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes	34
10	I69	Knochenkrankheiten und spezifische Gelenkerkrankungen	31

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	S72	143	Oberschenkelbruch
2	S52	143	Unterarmbruch
3	S42	116	Knochenbruch im Bereich der Schulter oder des Oberarms
4	S82	105	Unterschenkelbruch einschließlich des oberen Sprunggelenks
5	S06	80	Verletzungen innerhalb des Schädels
6	E11	62	Zuckerkrankheit mit Knochen- bzw. Fußkomplikationen
7	M54	49	akuter Rückenschmerz mit Bandscheibenbeteiligung
8	S32	47	Bruch der Lendenwirbelsäule oder des Beckens
9	S22	40	Bruch der Rippe, des Brustbeins oder der Brustwirbelsäule
10	S92	39	Knochenbruch am Fuß

B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	5-787	199	Entfernung von Osteosynthesematerial
2	5-790	174	operative Stabilisierung von Knochenbrüchen
3	5-794	137	operative Stabilisierung von Mehrfragment-Knochenbrüchen
4	5-793	85	operative Stabilisierung von Gelenkbrüchen
5	5-893	68	ausgedehnte chirurgische Wundrevisionen
6	5-820	59	Einsetzen eines Hüft-Kunstgelenkes
7	5-892	44	Weichteiloperationen an der Körperoberfläche
8	5-865	42	Abtrennen (Amputation) des Fußes
9	5-812	39	Gelenkspiegelungsoperationen an Gelenkknorpel und Menisken
10	5-811	39	Gelenkspiegelungsoperationen an der Gelenk Innenhaut

B-1.1 **Augenheilkunde**

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

mikrochirurgische Korrektur-Operationen an vorderer und hinterer Augenkammer einschließlich Netzhaut

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Operationen beim grauen und grünen Star
 Laserchirurgische Eingriffe an der Netzhaut
 Tumorchirurgie und plastisch chirurgische Eingriffe der Augenlider
 Laseroperationen der Netzhaut und bei grünem Star

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Indikationssprechstunde - Operationsvorbereitung
 ambulante Operationen

B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	C08	Kapselerhaltende Entfernung der Augenlinse	400
2	C17	Eingriffe an der Netzhaut	24
3	C07	Andere Eingriffe bei grünem Star	4
4	C18	Große Eingriffe an Hornhaut	3
5	C06	Komplexe Eingriffe bei grünem Star	2
6	C04	Hornhauttransplantation	2
7	C14	Andere Eingriffe am Auge	1
8	C16	Augenentfernung	1
9	C03	Eingriffe an der Netzhaut	1
10	C19	Andere Eingriffe bei grünem Star	1

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	H26	206	sonstige Form der Augenlinsen­trübung
2	H25	191	Augenlinsen­trübung im Alter (Altersstar, senile Katarakt)
3	H35	26	Netzhauterkrankungen
4	H40	9	Glaukom
5	H43	5	Glaskörpertrübung
6	H17	3	Hornerkrankungen
7	S05	1	Verletzung der Bindehaut

B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	5-144	531	operative Entfernung der Augenlinse
2	5-188	44	Netzhautoperationen
3	5-154	23	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut
4	5-125	5	Hornhauttransplantationen
5	5-159	4	Glaskörperentfernungen

B-1.1 Anästhesie

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Allgemein-, Lokal- und Regionalanästhesien aller Körperabschnitte sowie differenzierte Schmerztherapie

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Differenzierte Schmerztherapie mit Schmerzpumpen- und Schmerzkatheterbehandlung
Narkose-Kombinationstechniken
Regionalanästhesien aller Regionen
Luftröhrenschnitte in minimal - invasiver Technik (Punktionstracheotomien)

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

vorstationäre anästhesiologische Untersuchung und Beratung vor Operationen

B-1.8 Allgemeine Leistungsmerkmale der Fachabteilung

Schl. nach § 301 SGB V	Fachabteilung	Durchschnittliche Verweildauer (VD) (Angabe in Tagen)	Gibt es in Ihrer Abteilung spez. Kinderbetten? ja(j)/nein(n)	Stehen in Ihrer Abt. Kinderkrankenschw.-pfleger zur Verfügung? ja(j)/nein(n)
0100	Innere Medizin	9,32	nein	nein
0153	I.M. SP Diabetes		nein	nein
1500	Allgemeine Chirurgie	8,82	nein	nein
1600	Unfallchirurgie	11,38	nein	nein
2700	Augenheilkunde	2,7	nein	nein
	Anästhesie		nein	nein

B-1.8.1 Ermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 116 SGB V

Anzahl der Behandlungen nach § 116 SGB V pro Jahr:

0

B-1.9 Spezifisch für die Fachabteilung:

Anästhesie

B-1.9.9 A Anzahl der Anästhesien insgesamt

differenziert nach:

Anzahl der Allgemeinanästhesien	2115
Anzahl der Regionalanästhesien	254

B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-2.1 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V Gesamtzahl (nach absoluter Fallzahl) im Berichtsjahr:

437

B-2.2 Mindestens Top-5 der ambulanten Operationen (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilungen im Berichtsjahr

	EBM-Nummer (vollständig)	in umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolut
1	764	Totale Spiegelung des Dickdarms	101
2	31122	Eingriffe an den Extremitäten	83
3	31131	Eingriffe an Knochen und Gelenken	68
4	31101	Dermatologische Eingriffe	62
5	31201	Eingriffe am Gefäßsystem	15

B-2.2 (je FA) Mindestens Top-5 der ambulanten Operationen (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilungen im Berichtsjahr

Schl. nach § 301 SGB V	Fachabteilung		EBM- Nummer (vollständig)	in umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolut
0100	Innere Medizin	1	764	Totale Spiegelung des Dickdarms	101
1500	Allgemeine Chirurgie	1	31101	Dermatologische Eingriffe	62
		2	31201	Eingriffe am Gefäßsystem	15
		3	31152	Bauchchirurgischer Eingriff	7
		4	31173	Proktologischer Eingriff	3
1600	Unfallchirurgie	1	31121	Eingriffe an den Extremitäten	83
		2	31131	Eingriffe an Knochen und Gelenken	68
		3	31242	Nervenengpasssyndrom	8
		4	31910	Knochenbrücheinrichtung an Hand/Fuß	5
		5	31142	Gelenkspiegelungen	2

B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen (Fallzahl für das Berichtsjahr)

Hochschulambulanz (§ 117 SGB V)	<u>0</u>
Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V)	<u>0</u>
Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V)	<u>0</u>

B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst (Stichtag 31.12. Berichtsjahr)

	Abteilung	Ärztliche Leitung ja (j)/nein (n)	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl der Ärzte in der Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung	Anzahl der Ärzte mit fakultativer Weiterbildung ¹	Anzahl der Ärzte im Praktikum	Liegt eine Weiterbildungsbefugnis vor Ja (j)/nein (n)
0100	Innere Medizin	ja	17	10	7			ja
1500	Allgemeine Chirurgie	ja	6	4	1	1		ja
1600	Unfallchirurgie	ja	5	2	1	2		ja
2700	Augenheilkunde	ja						nein
	Anästhesie	ja	10	3	7			ja
	Gesamt		38,00	19,00	16,00	3,00		

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus): 4

B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst (Stichtag 31.12. Berichtsjahr)

	Abteilung	Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte insgesamt	Prozentualer Anteil der examinierten Krankenschwestern/-pfleger (3 Jahre)	Prozentualer Anteil der Krankenschwestern/-pfleger mit entsprechender Fachweiterbildung (3 Jahre plus Fachweiterbildung)	Prozentualer Anteil Krankenpfleger/ in (1 Jahr)	Wird Hilfspersonal eingesetzt Ja (j)/nein (n)
0100	Innere Medizin	120	83,4	7,84	4,44	ja
1500	Allgemeine Chirurgie	26	75	19,2	2,5	ja
1600	Unfallchirurgie	19	75	19,2	2,5	ja
2700	Augenheilkunde	4	45		55	ja
	Anästhesie	6	100	83,3		nein
	Gesamt	175,0	76	26	13	

Prozentualer Anteil der Mitarbeiter des Kranken- und Pflegepersonals, die über eine zweijährige Ausbildung verfügen

B-2.6 Prozentualer Anteil der Mitarbeiter, die über keine Ausbildung verfügen 11,0
 Prozentualer Anteil der psychologischen Psychotherapeuten (gemessen an der Gesamtzahl, der Dipl.-Psychologen)

0

B-2.7 Wie hoch war die Stellenbesetzung im vergangenen Jahr in folgenden Bereichen?

Ärztlicher Dienst	34,32
Pflegedienst ¹	107,10
Medizinisch-Technischer Dienst	25,01
Funktionsdienst	24,98
Klinisches Hauspersonal	0
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	8,47
Technischer Dienst	4,82
Verwaltungsdienst	17,37
Sonderdienste	2,06

Sonstiges Personal 5,1

B-2.8 Anzahl der weitergebildeten Mitarbeiter (Stichtag 31.12 Berichtsjahr)

Anzahl der Mitarbeiter in der Anästhesie	5
Anzahl der Mitarbeiter im OP	5
Anzahl der weitergebildeten Mitarbeiter im Verwaltungsdienst	1
Anzahl der Mitarbeiter in der Hygiene	1
Anzahl der Mitarbeiter für die Praxisanleitung	12
Anzahl der Stomatherapeut(en)	0
Anzahl der Diabetesfachschwester(n)	5
Anzahl der Mitarbeiter in der Ernährungsfachpflege	0
Anzahl der Qualitäts-/ Prozessberater	0

Anzahl sonstiger Mitarbeiter (unter Angabe des Faches)
 Pflgetherapeut Wunde ICW
 Pflegeexpertin chronische Wunden

B-2.9 Weitere Berufsgruppen (Stichtag 31.12 Berichtsjahr)

Anzahl der Sozialarbeiter	2
Anzahl der Dipl.-Psychologen	0

¹ Zum Pflegedienst werden in der Psychiatrie auch die Heilerziehungspflege und die Altenpflege gezählt.

C Qualitätssicherung

C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Zugelassene Krankenhäuser sind gesetzlich zur Teilnahme an der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V verpflichtet. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

	Leistungsbereich	Leistungsbereich wird vom Krankenhaus erbracht	Teilnahme an der externen Qualitätssicherung	Dokumentationsrate	
				Krankenhaus	Bunddurchschnitt
1	Aortenklappenchirurgie	Nein	Nein		
2	Cholezystektomie	Ja	Ja	100.0	100.0
3	Gynäkologische Operationen	Nein	Nein		
4	Herzschrittmacher-Erstimplantation	Ja	Ja	100.0	95.48
5	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	Ja	Ja	100.0	100.0
6	Herzschrittmacher-Revision	Ja	Ja	100.0	74.03
7	Herztransplantation	Nein	Nein		
8	Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrochantäre Frakturen)	Ja	Ja	100.0	95.85
9	Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel	Ja	Ja	100.0	92.39
10	Karotis-Rekonstruktion	Nein	Nein		
11	Knie-Totalendoprothese (TEP)	Nein	Nein		
12	Knie-Totalendoprothesen-Wechsel	Nein	Nein		
13	Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-Chirurgie	Nein	Nein		
14	Koronarangiografie / Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)	Nein	Nein		
15	Koronarchirurgie	Nein	Nein		
16	Mammachirurgie	Nein	Nein		
17	Perinatalmedizin	Nein	Nein		
18	Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 19	Ja	Ja	100.0	100.0
19	Totalendoprothese (TEP bei Koxarthrose)	Ja	Ja	100.0	98.44
00	Gesamt			100.0	98.28

C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)

- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.
- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP)

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP-Qualitätssicherungsmaßnahmen teil: (eine pro Zeile)

1. DMP - Diabetes mellitus Typ II
2. DMP - KHK - Kategorie A (koronare Herzerkrankung/konventionelle Kardiologie)

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach §137 Abs. 1 S.3 Nr. 3 SGB V

Leistung ¹	OPS der einbezogenen Leistungen ¹	Mindestmenge ¹ (pro Jahr) pro KH / pro gelistetem Operateur ²	Leistung wird im Kranken- haus erbracht (Ja/ Nein)	Erbrachte Menge (pro Jahr)		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichts- jahr
				pro KH (4a)/ pro gelistetem Opera- teur (4b) ²	pro KH pro Arzt	
04 Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas		5/5	ja	pro KH	pro Arzt	
	5-524.1		ja	2	2	0
	5-524.2		ja	2	2	0
	5-525.0		ja	1	1	0

¹ Jeweils entsprechend der im Berichtsjahr geltenden Anlage 1 zur Vereinbarung über Mindestmengen nach § 37 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V.

² Angabe jeweils bezogen auf den Arzt/ Operateur, der diese Leistung erbringt

Systemteil

D Qualitätspolitik

Folgende Grundsätze sowie strategische und operative Ziele der Qualitätspolitik werden im Krankenhaus umgesetzt:

Die Qualitätspolitik und die sich daraus ableitenden Grundsätze und Ziele orientieren sich in erster Linie an den Leitlinien des Hauses. Die Umsetzung leitet sich ab aus dem Auftrag, den Standort St. Antonius Krankenhaus und die dort vorhandenen Arbeitsplätze zu sichern und den Patienten unter medizinischem, pflegerischem und atmosphärischem Gesichtspunkt ein leistungsstarkes Umfeld zu bieten.

E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

E-1 Der Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus stellt sich wie folgt dar:

Seit Januar 2004 beteiligt sich das St. Antonius Krankenhaus an dem Verbundprojekt der Erzdiözese Köln zur "Einführung eines Qualitätsmanagementsystems in katholischen Krankenhäusern". Der Aufbau des einrichtungsinternen Systems erfolgt unter kontinuierlicher Begleitung eines externen Beratungsunternehmens.

Zusammen mit dem externen Berater hat die Betriebsleitung zunächst die Projektplanung mit inhaltlichen und zeitlichen Vorgaben mit dem Ziel der Implementierung eines QM-Systems für das St. Antonius Krankenhaus einschließlich der Zertifizierung des Hauses erarbeitet und die abteilungs- und personenbezogenen Zuständigkeiten festgelegt, die sich wie folgt verteilen:

Steuerungsgruppe (STG)

Die STG als steuernde Leitung des QM-Projektes ist verantwortlich für die Einführung und die Umsetzung des QM-Systems. Sie setzt sich zusammen aus den Mitgliedern der Betriebsleitung (Geschäftsführer/Ärztlicher Direktor/Pflegedirektor), deren jeweiligen Vertretern, den Chefärzten und dem Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB). In monatlichen Sitzungen der STG werden die Qualitätsziele erstellt und die inhaltliche und zeitliche Umsetzung kontrolliert.

Qualitätsmanagementbeauftragter (QMB)

Als "Schnittstelle" zwischen STG und QM-Team nimmt der QMB an allen Sitzungen der STG teil. Ihm obliegt die Organisation und Leitung der monatlichen QM-Team-Sitzungen, die Organisation und die Durchführung der Optimierungs-Workshops, die Listung und die Archivierung der erarbeiteten Dokumente und der verwendeten und entwickelten Formulare sowie die Erstellung und Aktualisierung der Organisationshandbücher.

Qualitätsmanagementteam (QM-Team)

Unser QM-Team mit 6 Mitarbeitern aus den Bereichen ärztlicher und pflegerischer Dienst, Verwaltung und Physiotherapie versteht sich als die eigentliche Arbeitsgruppe des QM. Sie erhält ihre zeitlich abgestimmten Arbeitsaufträge aus der STG über den QMB. Das QM-Team versteht sich als Multiplikator zur Information der Mitarbeiter über die Grundlagen des QM-Systems und zur Motivation, sich aktiv an der Entwicklung des QM-Systems zu beteiligen.

Ablauf der Einführung des QM-Systems

Nach Festlegung des zeitlichen und organisatorischen Ablaufes zur Projekterarbeitung durch die Betriebsleitung wurden alle Mitarbeiter des Krankenhauses über die Projektplanung, die Inhalte des QM-Systems und die arbeitstechnische Vorgehensweise informiert. Es wurde größter Wert auf eine zeitnahe Information über den Entwicklungsprozess und auf eine möglichst abteilungs- und funktionsübergreifende Kommunikation zur gemeinsamen Erarbeitung der Einzelprozesse gelegt.

Der Prozessablauf wurde mit folgenden Arbeitsinstrumenten entwickelt:

Kurzcheck

Im Rahmen eines zweitägigen Workshops haben 22 Mitarbeiter aus allen Bereichen des Krankenhauses einschließlich der Betriebsleitung und der Chefärzte eine Bestandsaufnahme der Ist-Situation mit Erstellung eines Stärken- und Schwächenprofils in allen Einzelbereichen des Krankenhauses erstellt. Die Bestandsaufnahme der Ist-Situation erfolgte anhand der Kriterien der Kataloge proCumCert/ KTQ® zur Erstellung von Qualitätsmanagementmodellen.

Prozessbeschreibungen

Das QM-Team analysiert kontinuierlich sämtliche im Krankenhaus anfallenden Prozesse in Form von Ablaufbeschreibungen anhand einer zuvor festgelegten Themenliste. Die Prozessbeschreibungen basieren auf Befragungen der am jeweiligen Prozess beteiligten Mitarbeiter des Hauses. Dokumentiert werden im Einzelprozess der Ist-Zustand, relevante Probleme und Problemlösungsvorschläge.

Prozessoptimierung

Die Ergebnisse der dokumentierten Ablaufbeschreibungen werden kontinuierlich mit den beteiligten Mitarbeitern und den Entscheidungsträgern diskutiert. In Form der Prozessoptimierung werden die Problemvorschläge eingearbeitet, Änderungen mit Aufgaben-Verantwortlichkeit formuliert, Ziel- und Kontrollformulierungen durch den jeweiligen Prozessverantwortlichen festgelegt und nach offizieller Freigabe als verbindliche Soll-Vorgaben an alle Mitarbeiter des Krankenhauses im Organisationshandbuch erfasst. Diese Prozessoptimierung verstehen wir als Kern unseres QM-Systems.

Qualitätsbewertung

Das Krankenhaus hat sich im Berichtszeitraum an folgenden Maßnahmen zur Bewertung von Qualität bzw. des Qualitätsmanagements beteiligt (Selbst- oder Fremdbewertungen):

Mit Aufbau des QM-Systems für unser Krankenhaus werden in unterschiedlichen Bereichen einzelne Qualitätsbewertungen durchgeführt:

Ziel- und Ablaufüberprüfungen

Die Zielvorgaben aus den Ablaufbeschreibungen werden in regelmäßigen Zeitabständen überprüft. Die Prüfungsergebnisse werden durch die Prozessverantwortlichen in der STG präsentiert und diskutiert. Mögliche Änderungen der Zielvorgaben werden abschließend in der STG beschlossen.

Auch die Gültigkeit und Einhaltung der verbindlich festgelegten Ablaufbeschreibungen werden regelmäßig in den Einzelbereichen überprüft. Die Prüfergebnisse werden dem QMB schriftlich mitgeteilt und von diesem an die STG weitergeleitet. Die STG entscheidet über notwendige Korrekturmaßnahmen oder über die Notwendigkeit einer Prozessoptimierung im Rahmen von Optimierungs-Workshops.

Selbstbewertung

Das Ziel des Aufbaus eines QM-Systems für unser Krankenhaus ist die geplante Zertifizierung nach KTQ®.

Zertifizierung der Speiseversorgung

Das Management der Speiseversorgung der Patienten sowie das Betreiben der im Hause vorhandenen Cafeteria wurden einem externen Unternehmen übertragen. Für den Bereich der Speiseversorgung hat dieses Unternehmen ein eigenes QM-System eingeführt. Durch den TÜV Rheinland erhielt das Versorgungsunternehmen im Januar 2004 die Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2000.

Patientenbefragung - Beschwerdemanagement

Wir sehen die Problemkritik als Chance, stetig unsere Qualität zu verbessern. Seit Jahren bitten wir daher unsere Patienten, vor ihrer Entlassung ihre Eindrücke, Anmerkungen und Wünsche in einem Fragebogen zu ausgewählten Bereichen (z.B. Aufnahme, Unterbringung, Essen, ärztliche und pflegerische Versorgung und seelsorgerische Betreuung) anonym zu dokumentieren. Darüber hinaus können alle Patienten telefonisch, per E-mail oder direkt mit uns oder der Patientenfürsprecherin Kontakt aufnehmen.

Die Fragebögen werden zeitnah ausgewertet und die Ergebnisse an alle verantwortlichen Stellen weitergeleitet und kommuniziert. Auf Basis dieser

Ergebnisse leiten wir Korrekturmaßnahmen ein, z.B. im Verhalten von Mitarbeitern oder zur Optimierung des Serviceangebotes. Das Aufdecken von Schwachstellen in Arbeitsabläufen zieht Gegensteuerungsmaßnahmen nach sich.

Beschwerden von einweisenden Ärzten und Hausärzten erfolgen direkt beim jeweiligen Chefarzt der Abteilung oder werden an diesen weitergeleitet. Sie werden in gleicher Weise bearbeitet, kommuniziert und bewertet.

Krankenhaus-Infektionsstatistik

Mit Erweiterung der EDV haben wir die in unserem Krankenhaus geführte Infektionsstatistik dahingehend umgestellt, dass bei Abschluss eines Krankenblattes grundsätzlich zur Frage einer im Krankenhaus erworbenen Infektion Stellung genommen werden muss. Die evtl. aufgetretene Infektion wird in einem gesonderten Programm erfasst, einschließlich der daraus abgeleiteten therapeutischen Maßnahmen und des Behandlungsergebnisses. Die Hygienefachschwester des Krankenhauses wertet die Ergebnisse für die einzelnen medizinischen Bereiche und die jeweilige Station aus. Die Ergebnisse werden quartalsweise im Einzelbereich kommuniziert. Zusätzlich werden die Ergebnisse auf der halbjährlich stattfindenden Hygienekonferenz des Krankenhauses präsentiert und zusammen mit dem beratenden Krankenhaushygieniker diskutiert.

Bisher wurden sämtliche Infektionen aller Organsysteme in allen Bereichen erfasst. Einschließlich der bereits mit Infektion zugewiesenen Patienten mit diabetischem Fußsyndrom ergab sich im Jahr 2005 eine Gesamtinfectionsrate von 2,5 %.

Riskmanagement

Im Rahmen der QM-Entwicklung führen wir derzeit eine extern begleitete haftungsrechtliche Risikoanalyse durch. Derzeit erfolgt die Analyse der Strukturen und Abläufe der medizinischen Fachabteilungen mit Erstellung eines Maßnahmenkataloges.

E-3

Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V

Das Krankenhaus kann hier Ergebnisse aus dem externen Qualitätssicherungsverfahren in tabellarischer Form darstellen

Das Krankenhaus beteiligt sich an den Qualitätssicherungsverfahren des Landes NRW. Hierzu werden ausgewählte Krankheitsbilder z.B. aus dem Bereich der Chirurgie nach vorgegebenen Fragekatalogen lückenlos erfasst und die anonymisierten Daten an die Geschäftsstelle der Qualitätssicherung weitergeleitet. Von dort erfolgt jährlich eine Auswertung der Daten über einen Vergleich des Einzelkrankenhauses mit der Gesamtzahl.

Die Jahresergebnisse werden abteilungsintern kommuniziert und evtl. Konsequenzen im Therapieschema bzw. im klinischen Behandlungspfad beschlossen.

F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

Im Krankenhaus sind folgende ausgewählte Projekte des Qualitätsmanagements im Berichtszeitraum durchgeführt worden:

Verbundprojekt "Einführung von Qualitätsmanagementsystemen in den katholischen Krankenhäusern der Erzdiözese Köln"

Seit Januar 2004 beteiligt sich unser Krankenhaus an diesem Verbundprojekt. Wir erarbeiten ein QM-System unter externer Begleitung nach KTQ®.

Mitarbeiter-Einarbeitungskonzept

Für neue Mitarbeiter im Pflegebereich wurde von Pflegekräften unter Beteiligung der Mitarbeitervertretung ein Konzept erarbeitet mit dem Ziel einer systematischen, umfassenden und kontinuierlichen Einarbeitung unter Qualitätsverbesserung und Reduktion der Einarbeitungszeit. Ein dem Konzept beiliegender Bewertungsbogen ermöglicht es dem neuen Mitarbeiter nach Beendigung der Einarbeitungsphase, den Erfolg des Konzeptes aus seiner Sicht zu bewerten. Die Ergebnisauswertung gibt uns die Möglichkeit, das Konzept kontinuierlich weiter zu entwickeln.

Organisationshandbuch der Allgemeinstationen

Das zeitgleich zum Einarbeitungskonzept erstellte Organisationshandbuch soll jedem neuen Mitarbeiter der Einrichtung die Eingewöhnungsphase erleichtern. Als Nachschlagewerk für alle Mitarbeiter, Auszubildende und Praktikanten im Pflegebereich beinhaltet es relevante Regelungen und Informationen zum Pflegedienstablauf und zu speziellen Organisationsabläufen auf den jeweiligen Stationen.

Clinical pathways (klinische Behandlungspfade)

Unter Mitarbeit aller relevanten Bereiche haben wir mit der Entwicklung von Patienten-Behandlungspfaden begonnen. Im Behandlungspfad wird der Standard des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens bei einem fest umrissenen Krankheitsbild im zeitlichen und inhaltlichen Ablauf für den Patienten festgelegt. Abweichungen von diesem Standard sind jederzeit möglich, bedürfen jedoch der schriftlichen Dokumentation und Begründung. Zurzeit befinden sich vier Behandlungspfade in der praktischen Anwendung.

Wundmanagement

Das Wundmanagement beinhaltet unter Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse die komplette Erfassung und Stadienzuteilung gestörter Heilvorgänge chronischer Wunden, die Dokumentation und Archivierung des individuellen Wundheilungsverlaufes sowie stadiengerechte Therapieempfehlungen unter Beachtung ökonomischer Ressourcen.

Hierfür haben wir eine Mitarbeiterin zur Pflegeexpertin chronische Wunden sowie zur Pflegetherapeutin Wunde ICW ausgebildet. In enger Zusammenarbeit mit Pflegekräften und Ärzten aller Fachabteilungen umfasst ihr Aufgabenbereich die Unterstützung und Beratung bei der Versorgung chronischer Wunden, die digitale Fotodokumentation des Heilungsprozesses und die Überwachung der schriftlichen Wundbehandlungsdokumentation im Krankenblatt.

Expertenstandard "Dekubitusprophylaxe in der Pflege"

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege hat erstmals im Jahr 2002 einen entsprechenden Standard zur Dekubitus-Prophylaxe verabschiedet nebst Aktualisierungen. An unserem Krankenhaus hat eine Arbeitsgruppe aus Pflegekräften der Allgemeinstationen zusammen mit der Pflegeexpertin Wunde ein Konzept zur Einführung des Expertenstandards erarbeitet. Nach diesem Konzept werden alle Mitarbeiter des Pflegedienstes kontinuierlich geschult. Im Ergebnis liegt der Anteil erworbener Dekubitus hier im Hause im Verhältnis zu den stationären Fällen unter dem statistisch veröffentlichten Bundesdurchschnitt.

Kostenträgerrechnung

Unter einem Kostenträger ist abhängig vom Auswertungszweck eine einzelne Leistung (z.B. Operation im Krankenhaus) oder eine Leistungsgruppe (z.B. Behandlungsfall) zu verstehen. Mit der Kostenträgerrechnung wird gezeigt, für welche Leistung die Kosten entstehen. Hiermit ist zu erkennen, wie hoch die Kosten sind, die eine Leistung bzw. eine Leistungsgruppe verursacht.

Nur auf Basis dieses begonnen Projektes zur Implementierung einer Kostenträgerrechnung in unserem Krankenhaus können wir die zur Verfügung stehenden knappen Ressourcen auch unter dem Aspekt der ökonomischen Betrachtung einhalten bzw. begrenzen.

Klinisches Ethik Komitee der drei Kölner Krankenhäuser der Stiftung der Cellitinnen e.V. (alleiniger Gesellschafter der Trägergesellschaft)

Auf Beschluss des Kuratoriums im Jahre 2003 hat die Stiftung der Cellitinnen e.V. für ihre drei Kölner Krankenhäuser eine gemeinsame Klinische Ethik Komitee (KEK) eingerichtet.

Das KEK besteht aus 12 Mitgliedern. Bei deren Berufung durch das Kuratorium wurde auf eine ausgewogene Beteiligung der verschiedenen Berufsgruppen, der Fachabteilungen und der drei Krankenhäuser der Stiftung geachtet. Der Auftrag an das KEK lautete, einen Beitrag zur ethisch verantwortbaren Patientenversorgung vor dem Hintergrund des christlichen Menschenbildes zu leisten und damit die Kultur der Krankenhäuser in der Stiftung der Cellitinnen e.V., das Klima in den Einrichtungen und deren Arbeitsstil zu prägen. Dabei soll das KEK nicht den Entscheidungsträgern moralisch-ethische Entscheidungen abnehmen, sondern helfen, die moralische Kompetenz vor Ort, z.B. durch ethische Fallbesprechungen zu verbessern. Die Handlungsempfehlungen des KEK sind grundsätzlich nicht als Vorschrift zu verstehen und sollen auch nicht juristische Vorgaben ersetzen. Grundsätzlich kann sich jeder Mitarbeiter der Einrichtungen, jeder Patient und jeder Patientenangehörige bei Problemen, die ethische Entscheidungen in der

Patientenversorgung betreffen, an eines der Komiteemitglieder wenden. Über eine zunächst mündliche Besprechung mit nachfolgendem schriftlichem Antrag soll dann eine Ergebnisberatung des KEK herbeigeführt werden.

Das KEK tagt regelmäßig einmal pro Quartal sowie außerhalb der regulären Sitzungen jederzeit auf Antrag in dringenden Fällen.

MRSA-Standard

Die Problematik von Infektionen durch Bakterien, die gegenüber einer Vielzahl von Antibiotika resistent sind (multiresistente Keime), hat in den letzten Jahren in allen Pflegeeinrichtungen problematisch zugenommen. Jedes Krankenhaus muss unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung der Bevölkerung, der Zunahme der Krankheits- und Verletzungsschwere, einem zahlenmäßigen Anstieg chronischer Wunden und diabetesbedingter Fußprobleme sowie durch die enge Verzahnung mit Altenpflegeeinrichtungen mit einer zunehmenden Zahl von Patienten mit multiresistenten Infektionen (MRSA) rechnen.

Koordinierend durch den Hygienebeauftragten Arzt unseres Krankenhauses wurde in Zusammenarbeit mit der Hygienefachschwester des Hauses, dem uns beratenden Krankenhaushygieniker und dem Beratungszentrum für Hygiene der Universität Freiburg ein MRSA-Standard entwickelt. Er dient allen ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern des Hauses dazu, bei Verdacht oder eingetretener Infektion die nach wissenschaftlichen Erkenntnissen notwendigen organisatorischen und therapeutischen Schritte zu unternehmen und bei Aufnahme oder Verlegung von Patienten aus anderen Einrichtungen in unser Krankenhaus die Gefahr der Übertragung einer solchen Infektion auf andere Patienten zu minimieren. Der MRSA-Standard wird in Abständen im Mitarbeiterbereich in Form einer Schulung erläutert und entsprechend neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen kontinuierlich aktualisiert.

Interdisziplinäre diabetische Fußstation

Dieser interdisziplinäre stationäre Bereich wird besetzt mit Ärzten der Medizinischen Klinik und der Abteilung für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie. Interdisziplinär behandelt werden hier Patienten mit Diabetes mellitus und diabetischem Fußsyndrom. Die Zuweisung der Patienten erfolgt entweder über die Notfallambulanz, die internistische kassenärztliche diabetische Fußambulanz, Zuweisung im Rahmen IV Köln (Integrierte Versorgung) oder über niedergelassene Ärzte.

Am Aufnahmetag erfolgt eine gemeinsame Befunderhebung mit Fotodokumentation des Lokalbefundes und Einstufung in einem Fuß-Dokumentationsbogen. Der diagnostische Standard am Aufnahmetag umfasst die nativ-radiologische Röntgendiagnostik, die neurologische Untersuchung, die Abklärung der Durchblutungssituation, die Erfassung kardiovaskulärer Begleiterkrankungen und die aktuelle Stoffwechselsituation bei Diabetes mellitus. Parallel erfolgt die intensivierete Einstellung der Stoffwechselsituation und die Therapie von begleitenden diabetologischen Folgeerkrankungen. Die lokale Wundbehandlung unter Einsatz aktueller Wundversorgungssysteme im Rahmen unseres Wundmanagementsystems einschließlich biochirurgischer Maßnahmen (Maden-therapie) und Vakuumversiegelungstechniken wird durchgeführt. Je nach Befund steht ein breites Spektrum operativer Maßnahmen unter der Maxime einer

weitgehenden Reduktion sog. Major-Amputationen im Bereich der unteren Extremität zur Verfügung. Einmal wöchentlich bzw. je nach Bedarf wird eine interdisziplinäre Visite zur Überprüfung des Lokalbefundes und zur Entscheidung über weitergehende diagnostische oder therapeutische Maßnahmen durchgeführt und der weitere Behandlungsplan einschließlich der Betrachtung des sozialen Umfeldes des Patienten aktualisiert. Vor geplanter Entlassung erfolgt eine abschließende Fotodokumentation sowie schriftliche Erfassung im Wunddokumentationsbogen. In einem speziellen bundesweiten EDV-System für Diabetespatienten mit Komplikationen wird der Patient erfasst. In einem gemeinsamen Arztbrief werden sämtliche patientenrelevanten Befunde sowie die weitere Therapieplanung erstellt zur gezielten Weiterbehandlung des Patienten in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis oder in der Fußambulanz des Hauses. Eine engmaschige Kommunikation mit den weiterbehandelnden Schwerpunktpraxen ist gewährleistet.

Im Ergebnis ist festzustellen, dass diese interdisziplinäre Fußstation eine deutliche Verkürzung der notwendigen diagnostischen und therapeutischen Planung, eine zeitnahe Intervention bei Auftreten von Komplikationen, eine Senkung der Amputationsrate und eine Verkürzung der stationären Verweildauer bestätigt. Die Behandlungsergebnisse werden in einer gemeinsamen EDV-Dokumentation eines regionalen integrierten Versorgungsmodells evaluiert.

Pflegeberatung/Überleitungsmanagement

Die Anschlussversorgung unserer Patienten nach Krankenhausaufenthalt wird unterstützt durch ein Überleitungsmanagementsystem. Im Rahmen einer optimierten Dokumentation in der Patientenakte ist die Verbindlichkeit in der Zusammenarbeit zwischen Station und Sozialdienst, die Verkürzung der Zeitspanne zwischen Aufnahme und Beginn von Überleitungsmaßnahmen sowie die Klärung der Anschlussversorgung gewährleistet. Unterstützt wird dies auch durch die personelle Verzahnung des Sozialdienstes mit der hier im Hause ansässigen Seniorenberatung.

G Weitergehende Informationen

Verantwortliche(r) für den Qualitätsbericht:

Detlef Lawrenz

QMB/ stv. Pflegedirektor

Tel. 0221/3793-1212

lawrenz@antonius-koeln.de

Ansprechpartner (z.B. Qualitätsbeauftragter, Patientenfürsprecher, Pressereferent; Leitungskräfte verschiedener Hierarchieebenen):

Karl-Josef Diederich

Geschäftsführer/Verwaltungsdirektor

Tel. 0221/3793-1010

diederich@antonius-koeln.de

Dr. med. Thomas Wolf

Ärztlicher Direktor

Tel. 0221/3793-1550

wolf@antonius-koeln.de

Klaus Dieter Becker

Pflegedirektor

Tel. 0221/3793-1210

becker@antonius-koeln.de

Links (z.B. Unternehmensberichte, Broschüren, Homepage):

Homepage

www.antonius-koeln.de

Informationsbroschüren

Patientenbroschüren sowie Flyer Leistungsspektrum über das gesamte Krankenhaus sowie teilweise über einzelne Abteilungen können tagsüber unter der Telefonnummer 0221/3793-1011 angefordert werden.

H Ausstattung

H-1 Räumliche Ausstattung in den Fachabteilungen

Medizinische Klinik

Anzahl der Einbettzimmer	Mit:	Waschgelegenheit und WC	Dusche und WC	
			6	Mit TV und Telefon

Anzahl der Zweibettzimmer	Mit:	Waschgelegenheit und WC	Dusche und WC	
			12	Mit TV und Telefon

Anzahl der Dreibettzimmer	Mit:	Waschgelegenheit und WC	Dusche und WC	
		32		Mit TV und Telefon

Allgemeine Chirurgie

Anzahl der Einbettzimmer	Mit:	Waschgelegenheit und WC	Dusche und WC	
			3	Mit TV und Telefon

Anzahl der Zweibettzimmer	Mit:	Waschgelegenheit und WC	Dusche und WC	
			6	Mit TV und Telefon

Anzahl der Dreibettzimmer	Mit:	Waschgelegenheit und WC	Dusche und WC	
		12		Mit TV und Telefon

Unfallchirurgie

Anzahl der Einbettzimmer	Mit:	Waschgelegenheit und WC	Dusche und WC	
			3	Mit TV und Telefon

Anzahl der Zweibettzimmer	Mit:	Waschgelegenheit und WC	Dusche und WC	
			5	Mit TV und Telefon

Anzahl der Dreibettzimmer	Mit:	Waschgelegenheit und WC	Dusche und WC	
		5		Mit TV und Telefon

Augenheilkunde

Anzahl der Einbettzimmer	Mit:	Waschgelegenheit und WC	Dusche und WC	
			2	Mit TV und Telefon

Anzahl der Zweibettzimmer	Mit:	Waschgelegenheit und WC	Dusche und WC	
			2	Mit TV und Telefon

Anzahl der Dreibettzimmer	Mit:	Waschgelegenheit und WC	Dusche und WC	
		1		Mit TV und Telefon

H-2 Ausstattung an medizinischen Geräten in der Fachabteilung

H-2.1 Für alle Fachabteilungen

	Abteilung	Notfallkoffer u.a. verfügbar
0100	Innere Medizin	Ja
0153	I.M. SP Diabetes	Ja
1500	Allgemeine Chirurgie	Ja
1600	Unfallchirurgie	Ja
2700	Augenheilkunde	Ja
	Anästhesie/Intensiv	Ja

Die KTQ-Kriterien beschrieben vom St. Antonius Krankenhaus

1 Patientenorientierung im Krankenhaus

1.1 Vorfeld der stationären Versorgung und Aufnahme

Die Organisation im Vorfeld der stationären Aufnahme erfolgt patientenorientiert.

1.1.1 Die Vorbereitungen einer stationären Behandlung sind patientenorientiert

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

Die Vorbereitung zur Aufnahme erfolgt in Abhängigkeit zum Patientenwunsch, der medizinischen Notwendigkeit und dem zu erwartenden Bedarf an Behandlungskapazität. Informationen zu den Leistungen erhalten die Patienten über die Internetseiten, Patientenbroschüre, Flyer der Fachabteilungen sowie dem Beratungsangebot vor Ort. Die Notfallbehandlung ist rund um die Uhr gewährleistet. Die Erreichbarkeit ist durch eine gute Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel sowie Beschilderung der Zufahrtsstrassen gegeben. Kostenlose Parkplätze stehen zur Verfügung.

1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

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

Innerhalb des Krankenhauses ist die Orientierung für Patienten und Besucher durch ein Wegeleitsystem sichergestellt. In der Eingangshalle sowie in der Ambulanz stehen kompetente Mitarbeiter für individuelle Fragen zur Verfügung. Alle Mitarbeiter geben gerne und bereitwillig weitergehende Auskünfte. Es stehen Hilfsmittel (Rollstühle) für unsere Patienten zur Verfügung. Auf Wunsch werden die Patienten zur Station begleitet.

1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

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

Der Aufnahmeprozess orientiert sich individuell an der klinischen Situation des Patienten. Bei Bedarf begleiten Mitarbeiter die Patienten zu ihren Zielen im Krankenhaus. In der Station werden sie von qualifizierten Mitarbeitern empfangen und während der pflegerischen Aufnahme über den Stationsablauf, die Zimmertechnik und die Serviceangebote informiert.

1.1.4 Ambulante Patientenversorgung

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

Die ambulante Patientenversorgung ist täglich 24 Stunden durch qualifizierte Mitarbeiter sichergestellt. Hierbei wird der Facharztstandard gewährleistet. Anlaufstelle für Notfallpatienten ist die Notfallambulanz des Hauses. Hier erfolgt die Erstbehandlung. Vor- und nachstationäre Behandlungen werden nach Terminvereinbarung in den Spezialsprechstunden der Fachabteilungen durchgeführt. Angebote zum ambulanten Operieren bestehen für die chirurgische Bereiche und die Augenheilkunde. Hierzu wurde ein Ambulatorium eingerichtet.

1.2 Ersteinschätzung und Planung der Behandlung

Eine umfassende Befunderhebung jedes Patienten ermöglicht eine patientenorientierte Behandlungsplanung.

1.2.1 Ersteinschätzung

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

Alle Patienten erhalten am Aufnahmetag ein ärztliches wie auch ein pflegerisches Aufnahmegespräch. Diese Ersteinschätzung erfolgt anhand eines standardisierten Dokumentationssystems, in dem Risiken, Fähigkeiten sowie sozialer und kultureller Status des Patienten erfasst werden können. Wünsche und Erwartungen des Patienten sowie seiner Angehörigen hinsichtlich medizinischer und pflegerischer Gesichtspunkte werden erfragt und berücksichtigt. Im ärztlichen Aufnahmebogen werden zur Anamnese die Ergebnisse der körperlichen Untersuchung dokumentiert.

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

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

Um einen schnellen Zugriff auf vorausgegangene Klinikaufenthalte zu gewährleisten, sind Patientendaten in der EDV hinterlegt bzw. stehen im Krankenblattarchiv jederzeit zur Verfügung. Alle vorhandenen und mitgebrachten relevanten Daten, Vorbefunde und Einschätzungen werden genutzt und bei der Entscheidung durch den Erstbehandelnden mit einbezogen. Die Dokumentation erfolgt in der Patientenakte und die Befunde liegen bei allen weiteren Untersuchungen und Operationen den behandelnden Ärzten vor.

1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

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

Grundlage des Behandlungsplans sind die ärztliche und pflegerische Anamnese, Vorbefunde, Ergebnisse der aktuellen klinischen Untersuchungen sowie die durchgeführten diagnostischen Maßnahmen. Die Festlegung des Behandlungsprozesses erfolgt durch den Facharzt bzw. in Absprache mit ihm durch den Stationsarzt. Bei Bedarf erfolgt eine interdisziplinäre Abstimmung. Der Behandlungsplan orientiert sich an medizinischen Leitlinien und Standards und wird täglich bei den Visiten und Besprechungen überprüft und ggf. angepasst.

1.2.4 Integration von Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Die Patienten werden vom jeweils behandelnden Arzt in die Planung der Behandlung einbezogen und über die zu ergreifenden Maßnahmen aufgeklärt. Auf Wunsch werden auch Angehörige zu diesen Gesprächen hinzugezogen. Bei den täglichen Visiten werden Ergebnisse der Untersuchungen, neue Erkenntnisse und die weitere Planung besprochen und mit dem Patienten abgestimmt. Bei nicht deutschsprachigen Patienten werden mit Zustimmung deutschsprachige Angehörige oder Mitarbeiter mit entsprechenden Sprachkenntnissen hinzugezogen.

1.3 Durchführung der Patientenversorgung

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

1.3.1 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung

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

Die medizinische Behandlung basiert in allen Abteilungen auf den Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaften. Der Facharztstandard ist rund um die Uhr gewährleistet. Durch die Bereitstellung qualifizierter Mitarbeiter sowie umfassender Diagnose- und Behandlungsverfahren gewährleisten wir eine auf die Patientenbedürfnisse abgestimmte professionelle Behandlung. Dies schließt die Arzneimittel- und Schmerztherapie ein. Durch die Zusammenarbeit mit ausgewählten Heil- und Hilfsmittellieferanten sichern wir eine zeitnahe und qualifizierte Versorgung.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

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

Leitlinien, Therapieschemata und Standards zur Patientenversorgung basieren auf den Vorgaben der Fachgesellschaften. Für die Pflege sind teilweise auf Grundlage Nationaler Expertenstandards und der Fachliteratur allgemeine und spezielle Standards als verbindliche Arbeitsanweisungen eingeführt.

1.3.3 Patientenorientierung während der Behandlung

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

Durch die Umsetzung umfassender Umbau- und Investitionsmaßnahmen sorgen wir für eine sichere und angenehme Unterbringung der Patienten. Aufenthaltsräume in jeder Station, eine Kapelle, eine Cafeteria sowie der Krankenhauspark bieten zusätzliche Bewegungsfreiheit. Die Besuchszeiten sind offen, Nachtruhe ist jedoch einzuhalten. Angehörige können auf Wunsch mit untergebracht werden. Die Mitarbeiter sind durch einheitliche Namensschilder zu erkennen. Die Aufklärung erfolgt durch qualifizierte Ärzte in verständlicher Form.

1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

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

Die Klinik bietet Ernährungsberatung sowie Diabetikerschulungen für Typ I und II an. Die Diabetesberatung wird auch in türkischer Sprache angeboten. Patienten können täglich unter mehreren Menüangeboten, darunter auch vegetarische Kost, auswählen. Besondere kulturelle Essgewohnheiten werden auf Wunsch beachtet. Spezielle, medizinisch-indizierte Kostformen, werden durch den Arzt festgelegt. Die Küche ist zertifiziert und setzt das HACCP-Konzept um.

1.3.5 Koordinierung der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Eine zeitnahe und termingerechte Koordination diagnostischer Maßnahmen und der Behandlung, orientiert an den Leitlinien der Fachgesellschaften, erfolgt effektiv und umfassend. Die einheitliche Dokumentation stellt den Informationsfluss zwischen den Mitarbeitern sicher. Termine mit den Funktionsbereichen für Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen werden durch die Mitarbeiter des Pflegedienstes vereinbart. Die Begleitung wird bei Bedarf durch den innerbetrieblichen Patiententransportdienst übernommen.

1.3.6 Koordinierung der Behandlung: OP-Koordination

Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.

Die Planung der elektiven operativen Eingriffe erfolgt durch langfristige Terminierung unter Berücksichtigung der internen Ressourcen. Die OP-Bereitschaft ist rund um die Uhr gewährleistet. Notfallpatienten werden nach Dringlichkeit unmittelbar oder innerhalb eines vorgegebenen Zeitraumes operiert. Patienten, die wegen unvorhersehbarer Veränderungen des OP-Programms abgesetzt werden, haben für den Folgetag Priorität in der Einordnung. Bei einbestellten Patienten und Patienten der Abteilung Augenheilkunde erfolgt keine Verschiebung der Op-Termine.

1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

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

Um den Behandlungserfolg zu sichern, erfolgt die Behandlung der Patienten in Zusammenarbeit aller Beteiligten unter Einbeziehung ihrer umfassenden Kompetenzen. Es werden regelmäßig berufsgruppen- und bereichsübergreifende Besprechungen abgehalten. Für die Anforderung und Dokumentation von Konsilen existiert ein einheitliches Formular. Gleiches gilt für den Sozialdienst, das Wundmanagement sowie die Ernährungsberatung. Konsile von nicht im Haus vertretenen Fachrichtungen können von niedergelassenen Ärzten oder Ärzten anderer Krankenhäuser angefordert werden.

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

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

Die Visite ist zentrales Informations- und Kommunikationsinstrument zur Koordinierung und Absprache der Behandlung mit dem Patienten. In allen Stationen der Klinik findet täglich eine Visite durch den Stationsarzt statt. Die Visitenzeiten für Oberarzt- und Chefarztvisiten sind ebenfalls geregelt. Es wird darauf geachtet, dass mit dem Patienten in einer für ihn verständlichen Sprache kommuniziert wird. Die Dokumentation der Visite erfolgt in der Patientenakte. Bei Bedarf werden weitere an der Behandlung beteiligte Berufsgruppen wie z.B. Wundmanagerin hinzugezogen.

1.4 Übergang des Patienten in andere Versorgungsbereiche

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

1.4.1 Entlassung und Verlegung

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

Die Vorbereitung auf die Entlassung der Patienten erfolgt frühzeitig. Am Entlasstag stehen alle Entlasspapiere zur Verfügung. Der behandelnde Arzt informiert den Patienten im Entlassgespräch über Diagnose und Verlauf, klärt über die Prognose und weitere Schritte auf. Soweit es erforderlich ist, werden gemeinsam die weiteren Schritte geplant und festgelegt. Die Vorbereitung zur Anschlussheilbehandlung und die Organisation der ambulanten oder stationären Weiterbetreuung werden in Absprache mit dem Patienten durch den Sozial- oder Pflegedienst übernommen.

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

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

Jeder Patient erhält bei der Entlassung einen Kurzarztbrief, in dem alle notwendigen Informationen für den weiterbehandelnden Arzt zusammengefasst sind sowie bei Bedarf eine Medikamentenverordnung. Erfolgt eine Verlegung in andere Versorgungseinrichtungen oder begibt sich der Patient in die Obhut eines ambulanten Pflegedienstes, wird ein Pflegeüberleitungsbogen mitgegeben. In dringenden oder besonders schwerwiegenden Fällen werden zusätzlich Telefonate mit dem weiterbehandelnden Arzt, den ambulanten Pflegediensten und Alten- und Pflegeheimen geführt.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

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

Zur Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung des Patienten erfolgt eine frühzeitige Kontaktaufnahme mit dem nachfolgenden Betreuungsteam. Die Weiterbetreuung wird durch den zuständigen Arzt, den Sozialdienst oder durch Mitarbeiter der Pflege organisiert. Die Angehörigen werden bei Bedarf über alle Schritte informiert und eingebunden. Eine ambulante Behandlung sowie vor- und nachstationäre Versorgung sind über unsere Ambulanz und die Spezialsprechstunden gegeben.

2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

2.1 Planung des Personals

Durch die Personalplanung ist die kontinuierliche Bereitstellung einer angemessenen Anzahl an qualifizierten Mitarbeitern gesichert.

2.1.1 Planung des Personalbedarfes

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

Die Planung des Personalbedarfs erfolgt systematisch unter Berücksichtigung des Leistungsspektrums, der Leistungsmengen sowie von Wirtschaftlichkeitsberechnungen. Der Stellenplan wird jährlich erstellt und sichert einen ausreichenden Anteil an Fachärzten und qualifiziertem Pflegepersonal. Die Statistiken zu Fluktuation und Fehlzeiten werden jährlich erstellt und mit anderen Krankenhäusern verglichen.

2.2 Personalentwicklung

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

2.2.1 Systematische Personalentwicklung

Das Krankenhaus betreibt eine systematische Personalentwicklung.

Entsprechend unserem Leitbild gehört die kontinuierliche Fortbildung der Mitarbeiter für uns zur systematischen Personalentwicklung. Sie richtet sich nach Bedarf, Wunsch der Mitarbeiter und finanzieller Lage. Hierfür halten wir eine Stelle für innerbetriebliche Fortbildungen vor. Diese plant und organisiert Fortbildungen für alle Mitarbeiter der Klinik.

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

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

Jeder Mitarbeiter wird entsprechend seinen Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten eingesetzt. In den beiden Organigrammen der Klinik sind die organisatorische Einordnung der Stelle sowie die fachlichen und disziplinarischen Weisungsbefugnisse geregelt. Für einzelne Bereiche existieren Aufgaben- und Tätigkeitsbeschreibungen. Diese werden regelmäßig auf ihren Inhalt hin überprüft und ggf. aktualisiert.

2.2.3 Fort- und Weiterbildung

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

Das Angebot zur Fort- und Weiterbildung ist berufsgruppenspezifisch als auch übergreifend angelegt. Ziel ist es, Mitarbeiter entsprechend der Anforderungen zu qualifizieren und zu fördern. Verbesserungsbereiche werden durch Schulung behoben und eine Weiterentwicklung wird unterstützt. Grundlage der Fort- und Weiterbildung sind betriebliche Bedürfnisse, gesetzliche Bestimmungen, Wünsche der Mitarbeiter und die Weiterentwicklung der Klinik. Die Unterstützung der Mitarbeiter in der beruflichen Weiterentwicklung liegt in der Verantwortung der zuständigen Leitung.

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Die Unterstützung der Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen richtet sich nach dem Bedarf der Klinik und der Mitarbeiter. Sie reicht von der Freistellung unter Fortzahlung der Bezüge bis zur Übernahme aller Kosten.

2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

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

In allen Abteilungen der Klinik stehen Internetzugänge für Recherchen zur Verfügung. Fachzeitschriften und Fachliteratur sind in den Handbibliotheken der Abteilungen vorhanden und können dort eingesehen werden. Es stehen mehrere Schulungs- und Besprechungsräume zur Verfügung. Gängige Medien wie Tageslichtprojektor, Notebook und Videobeamer sowie Visualisierungsmedien sind verfügbar. Eine arbeitsplatzbezogene Grundausstattung an Fachliteratur besteht an verschiedenen Arbeitsplätzen.

2.2.6 Sicherstellung des Lernerfolges in angegliederten Ausbildungsstätten

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

Die Theorie-Praxis-Vernetzung wird durch ein umfassendes Konzept sowie durch einen geregelten Informationsaustausch zwischen der Krankenpflegeschule und der Klinik sichergestellt. Der theoretische Unterricht der Krankenpflegeausbildung erfolgt an der Zentralschule. Die praktische Ausbildung erfolgt durch qualifizierte Praxisanleiter und Mentoren in der Klinik und wird durch Standortbestimmungen sowie der Stand der Ausbildung durch systematische schriftliche und praktische Leistungskontrollen überprüft.

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

Mitarbeiterinteressen werden angemessen bei der Führung des Krankenhauses berücksichtigt.

2.3.1 Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstiles

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

Die Grundsätze der Führung sind im Leitbild unserer Klinik als kooperativer Führungsstil verbindlich festgelegt. Sie werden in allen Bereichen umgesetzt. Verschiedene Gesprächsplattformen zwischen Mitarbeitern und ihren Vorgesetzten und die Zusammenarbeit in Besprechungen, Arbeitsgruppen und Projektgruppen ermöglicht den Mitarbeitern die aktive Mitgestaltung und Fortentwicklung ihres Arbeitsbereiches und der gesamten Klinik.

2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Grundlage für die Planung und Einhaltung geplanter Arbeitszeiten sind das Arbeitszeitgesetz und die tariflichen Bestimmungen. Arbeitszeiten der medizinischen und technischen Dienste sind mit den Versorgungs- und Behandlungsabläufen abgestimmt. Zur Planung, Durchführung und Überwachung werden Dienstpläne und eine elektronische Zeiterfassung eingesetzt. Eine Überwachung erfolgt im laufenden Betrieb und zum Ende der Abrechnungsperiode durch die Leitungen und Personalabteilung.

2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Für den Pflegebereich steht ein Einarbeitungskonzept zur Verfügung. Hier werden neue Mitarbeiter während den einzelnen Einarbeitungsstufen von einem Mentor begleitet. Es finden regelmäßige Zwischen- und ein Abschlussgespräch statt. In den Funktionsabteilungen werden neue Mitarbeiter durch die jeweilige Leitung eingearbeitet. Im ärztlichen Dienst wird den neuen Mitarbeitern ebenfalls ein fester Ansprechpartner zur Seite gestellt. Innerhalb der Probezeit erfolgt für alle neuen Mitarbeiter ein Reflektionsgespräch.

2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

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

Mitarbeiterwünsche und -ideen sowie Beschwerden sind erwünscht und wichtig für die Weiterentwicklung der Klinik. Die Mitarbeiter richten ihre Wünsche, Ideen oder Beschwerden an die jeweilige Bereichsleitung. Diese ist verpflichtet, die Eingaben zu bewerten und ggf. Maßnahmen zu veranlassen. Bei bereichsübergreifenden Themen erfolgt die Bewertung und ggf. die Veranlassung von Maßnahmen durch die Betriebsleitung. Der Mitarbeiter erhält über die jeweilige Bereichsleitung eine Rückmeldung.

3 Sicherheit im Krankenhaus

3.1 Gewährleistung einer sicheren Umgebung

Das Krankenhaus gewährleistet eine sichere Umgebung für die Patientenversorgung.

3.1.1 Verfahren zum Arbeitsschutz

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

Zur Sicherstellung eines optimalen Arbeitsschutzes gibt es ausgebildete und verantwortliche Mitarbeiter (Fachkraft für Arbeitssicherheit, Sicherheitsbeauftragte, Betriebsarzt). Ein Arbeitsschutzausschuss ist implementiert. Durch Begehungen während des laufenden Betriebes werden die Bereiche überprüft. Schulungsmaßnahmen erfolgen in internen Fortbildungsveranstaltungen. Neuerungen und Veränderungen werden in der Regelkommunikation weitergegeben.

3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

Der Brandschutz wird entsprechend den gesetzlichen Regelungen durchgeführt. Neue Mitarbeiter erhalten bei ihrer Einstellung die Brandschutzordnung und Brandschutzunterweisungen finden für alle Mitarbeiter entsprechend den gesetzlichen Vorgaben statt. Neben den Brandschutzbegehungen durch das Bauamt und die Berufsfeuerwehr finden regelmäßige Begehungen durch den Brandschutzbeauftragten der Klinik statt. Der Brandschutzbeauftragte steht dem Geschäftsführer beratend, unterstützend und überprüfend zur Seite.

3.1.3 Verfahren zur Regelung von hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz

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

Die Klinik ist in den Katastrophenplan nach Landesrecht eingebunden. Der vorliegende Katastrophenplan steht im Einklang mit dem allgemeinen Katastrophenschutzplan der Stadt Köln und wird jährlich zum 01.07. überprüft, berichtigt und ergänzt. Die Alarmierung der hausinternen Einsatzleitung, bestehend aus Ärztlichem Direktor, Geschäftsführer, Pflegedirektor und Technischem Leiter, erfolgt durch die Zentrale. Die weiteren Abläufe sind detailliert im Einsatzplan festgelegt und liegen in allen Bereichen der Klinik vor.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Die Vorgehensweise bei einem medizinischen Notfall ist umfassend geregelt. Durch eine einheitliche Notfallnummer wird ein Reanimationsteam alarmiert. Standardisierte Notfallausrüstungen stehen in allen Stationen und Funktionsbereichen bereit und werden regelmäßig überprüft. Es finden jährlich Pflichtunterweisungen der Mitarbeiter zum Notfallmanagement mit praktischen Reanimationsübungen sowie eine Überprüfung der erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten statt.

3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

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

Die Sicherheit des Patienten hat höchste Priorität. Durch die räumliche und technische Ausstattung sowie durch die Aufsicht der Mitarbeiter wird dies gewährleistet. Patienten, die einer besonderen Obhut bedürfen, werden umfassend beaufsichtigt. Zuständig für die Patientensicherheit sind alle Mitarbeiter, insbesondere des ärztlichen, pflegerischen, Funktions- und technischen Dienstes. Auffälligkeiten werden sofort an den unmittelbaren Vorgesetzten weitergegeben.

3.2 Hygiene

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

3.2.1 Organisation der Hygiene

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

Der Ärztliche Direktor trägt die Gesamtverantwortung für die Belange der Hygiene. Er wird unterstützt durch den Hygienebeauftragten Arzt, die Hygienefachschwester und den beratenden Krankenhaushygieniker. Die Bereichsverantwortung liegt bei den Abteilungsleitern. Die Hygienekommission als übergeordnetes Kontrollorgan tagt mindestens halbjährig. In der Klinik ist ein systematisches Verfahren zur Prävention und Kontrolle von Infektionen etabliert. Ein Maßnahmenkatalog für Infektionskrankheiten sowie Hygienepläne sind in allen Bereichen vorhanden.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerrelevanter Daten

Für die Analyse hygienerrelevanter Bereiche wie auch die Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen werden krankenhausesweit hygienerrelevante Daten erfasst.

Klinikintern werden die nosokomialen Infektionen patientenbezogen erfasst, extern erfolgt eine Meldung der meldepflichtigen Erkrankungen nach dem Infektionsschutzgesetz. Die Erreger- und Resistenzstatistiken werden durch das durchführende Labor vierteljährlich zusammengestellt und an den Hygienebeauftragten Arzt weitergeleitet. Die Ergebnisse werden in den Hygienekommissionssitzungen besprochen. Befunde von multiresistenten Erregern werden der Hygienefachschwester von den Stationen mitgeteilt.

3.2.3 Planung und Durchführung hygiesichernder Maßnahmen

Hygiesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Hygiesichernde Maßnahmen werden systematisch geplant und umgesetzt. In allen Bereichen liegen detaillierte Hygienepläne vor, die den Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts entsprechen und regelmäßig bzw. bei Bedarf aktualisiert werden. Es finden regelmäßig protokollierte Begehungen der Stationen und der einzelnen Fachbereiche durch die Hygienefachschwester und einmal im Jahr durch das Gesundheitsamt der Stadt Köln statt. Die Ergebnisse werden an die Bereichsleitungen weitergeleitet.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.

Alle schriftlich vorliegenden Hygieneanweisungen stehen den Mitarbeitern aller Bereiche zur Verfügung. Die Einhaltung dieser hygiesichernden Maßnahmen durch das Pflegepersonal und die Ärzte überprüft die Hygienefachschwester in unangemeldeten Begehungen aller Klinikbereiche. Die Einhaltung der Lebensmittelhygieneverordnung wird umfangreich durch den Küchenleiter kontrolliert und schriftlich dokumentiert.

3.3 Bereitstellung von Materialien

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

3.3.1 Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten

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

Die Beschaffung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukte ist geregelt. Die Versorgung der Patienten mit Arzneimitteln ist durch einen Versorgungsvertrag zwischen der Klinik und einer externen Apotheke sichergestellt. Medizin-Geräte werden in Zusammenarbeit mit der Medizintechnik und den Anwendern beschafft. Die Abteilungen werden in Form von Musterbelieferungen/Probestellungen beteiligt. Die Belieferung mit Blut- und Blutprodukten liegt in der Verantwortung des Labors.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

In allen Abteilungen werden Arzneimittel sachgerecht gelagert und von der Apotheke regelmäßig überprüft. Alle erforderlichen Arzneimittel sind gelistet und kurzfristig über die Lieferapotheke zu beschaffen. Die Anwendung der Arzneimittel unterliegt der Verantwortung der behandelnden Ärzte und des jeweiligen Chefarztes. Sie ordnen Medikamente an, können die Gabe einiger Medikamente an das Pflegepersonal delegieren. Die Verabreichung der Medikamente wird in der jeweiligen Patientenakte dokumentiert.

3.3.3 Anwendung von Blut und Blutprodukten

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

Die Regelungen zur Anwendung von Blut- und Blutprodukten sind verbindlich im Qualitätshandbuch "Transfusionsmedizin" festgelegt. Jeder einzelne Schritt von der Bestimmung der Blutgruppe des Patienten über die Anforderung von Blutkonserven bis zu ihrer Verabreichung unterliegen strengen, den gesetzlichen Vorgaben entsprechenden Regelungen, deren Einhaltung einer ständigen Kontrolle durch die Transfusionsbeauftragten der einzelnen Abteilungen, den Transfusionsverantwortlichen und die Transfusionskommission unterliegen.

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Bei der Anwendung von Medizinprodukten steht die Sicherheit für Anwender, Patienten und Dritte im Vordergrund. Die gesetzlichen Bestimmungen finden dabei Berücksichtigung. Die Gesamtverantwortung liegt beim Geschäftsführer. Dieser wird unterstützt durch den Technischen Leiter, den Medizintechniker und die ernannten Gerätebeauftragten der einzelnen Bereiche. Regelmäßige Unterweisungen für die Anwender und Beauftragten werden durchgeführt, dokumentiert und die Teilnahme kontrolliert. Für die Wartung und Reparatur der Geräte ist der Medizintechniker zuständig.

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Eines unserer Ziele ist es, Abfall zu vermeiden. Wo dies nicht möglich ist, werden wir durch bewusste Trennung für eine umweltgerechte Rückführung sorgen. Das Abfallkonzept wird regelmäßig durch den Abfallbeauftragten aktualisiert. Bei der Auswahl der Verbrauchsmaterialien usw. beziehen wir ökologische Gesichtspunkte ein. Bei ausgelagerten Leistungen, wie dem Einkauf, wird auf die Einhaltung unserer Ziele geachtet. Ein weiteres Umweltziel ist die Vermeidung von unnötigem Energieverbrauch. Auch legen wir Wert auf den Erhalt und Schutz unserer Grünanlagen.

4 Informationswesen

4.1 Umgang mit Patientendaten

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

4.1.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

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

Für die Dokumentation von Patientendaten wird die Papierakte sowie die EDV genutzt. Die elektronische Patientenakte befindet sich im Aufbau. Handhabung, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten bei der Dokumentation und der Patientenakte sind in Ablaufbeschreibungen verbindlich geregelt. Die Patientenakten werden nach Abschluss der Behandlung digitalisiert und liegen für alle in elektronischer Form jederzeit zugänglich vor.

4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

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

Die Dokumentation von Patientendaten erfolgt in einem klinikeinheitlichen Dokumentationssystem. Alle anstehenden und durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, Anordnungen oder Änderungen werden zeitnah dokumentiert. Eine Überprüfung der Dokumentation erfolgt während der Visiten, durch die DRG-Beauftragten der Abteilungen sowie stichprobenartig durch die verantwortlichen Stationsleitungen.

4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

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

Patientenakten aus Behandlungen vor 2004 stehen in Krankenblattarchiv in Papierform jederzeit zur Verfügung. Ab dem Jahr 2004 werden nach Abschluss der Behandlung die Patientenakte mikroverfilmt und digitalisiert. Sie können von berechtigten Personen jederzeit im Intranet der Klinik angesehen werden. Während der Mikroverfilmung kann die Patientenakte jederzeit angefordert werden.

4.2 Informationsweiterleitung

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

4.2.1 Informationsweitergabe zwischen verschiedenen Bereichen

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

Die Kommunikationsstruktur der Klinik ist so aufgebaut, dass Leitungsgremien, interdisziplinäre Kommissionen und Konferenzen sowie Abteilungs- und Stationsteams ein Netzwerk bilden, das den Informationsaustausch sowohl patientenbezogen als auch organisationsbezogen zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und Bereichen festlegt und fördert. Über aktuelle Besonderheiten wird in den täglichen Besprechungen und Dienstübergaben sowie durch Rundschreiben informiert.

4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

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

Die Klinik verfügt über eine zentrale Auskunftsstelle im Bereich des Haupteinganges, die täglich von 07:00 bis 21.00 Uhr besetzt ist. Eine weitere Informationsstelle ist rund um die Uhr in der Notfallambulanz eingerichtet. An beiden Stellen ist der Zugang zum Krankenhausinformationssystem vorhanden, so dass ein sofortiger Zugriff auf alle relevanten Patientendaten gewährleistet ist. Der Datenschutz wird durch gestufte Zugangsrechte für die Mitarbeiter sichergestellt.

4.2.3 Information der Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Um eine systematische Öffentlichkeitsarbeit zu gewährleisten, wurde ein Öffentlichkeitsausschuss gebildet, der regelmäßig protokollierte Sitzungen durchführt. Hieraus ergaben sich Maßnahmen wie die Logoentwicklung, die Gestaltung eines Informationsfilmes für den Hauskanal, Flyer für die verschiedenen Bereiche der Klinik sowie einer Patientenbroschüre und die Erstellung einer Homepage. Der Öffentlichkeitsausschuss ist für die Aktualisierung und Neugestaltung dieser Medien verantwortlich.

4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

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

Ein Datenschutzkonzept, indem die gesetzlichen Grundlagen Kirchliche Datenschutzordnung, Ordnung zum Schutz von Patientendaten und das Bundesdatenschutzgesetz berücksichtigt sind, liegt vor. Das Konzept wurde von der Datenschutzbeauftragten erstellt und umgesetzt. Mitarbeiter unterliegen der gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht. Zugriffsrechte für Mitarbeiter müssen beantragt und genehmigt werden. Durch Schulung, Rundschreiben, Richtlinien und Verpflichtungserklärungen werden alle Mitarbeiter über die Datenschutzbestimmungen informiert.

4.3 Nutzung einer Informationstechnologie

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

4.3.1 Aufbau und Nutzung einer Informationstechnologie

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

In unserer Klinik wird eine unterstützende Informationstechnologie zur Verfügung gestellt, an die alle Bereiche des Hauses angeschlossen sind. Der zeitlich uneingeschränkte Zugriff auf das Netzwerk ist für jeden Arbeitsbereich gewährleistet. Je nach Berechtigung können an jedem Arbeitsplatz alle Anwendungen und Dienste genutzt werden. Ein EDV-Ausfallkonzept steht zur Verfügung.

5 Krankenhausführung

5.1 Entwicklung eines Leitbildes

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

5.1.1 Entwicklung eines Leitbildes

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

Im Zeitraum von 1997 bis 1999 wurde auf Basis der Mitarbeiteranregungen entsprechend dem konfessionellen Charakter der Klinik das Leitbild entwickelt. Mitarbeiter aus unterschiedlichen Berufsgruppen und Hierarchieebenen haben engagiert an der Entwicklung des Leitbildes mitgewirkt und die Inhalte entscheidend mitgeprägt. Im Rahmen von Infomärkten wurden die Mitarbeiter zum jeweils aktuellen Stand des Projektes informiert. Das Leitbild wurde im Frühjahr 2000 fertig gestellt und veröffentlicht. Neue Mitarbeiter erhalten das Leitbild bei ihrer Einstellung ausgehändigt.

5.2 Zielplanung

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

5.2.1 Entwicklung einer Zielplanung

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

Im Rahmen der jährlich stattfindenden gemeinsamen Klausurtagung der Betriebsleitung und den Chefärzten der medizinischen Fachbereiche werden Zielplanungen zu einzelnen Themen einschließlich der daraus abgeleiteten Verantwortlichkeiten definiert. Daraus abgeleitet ergeben sich die jeweiligen Planungen für die einzelnen Abteilungen.

5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

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

Die Organisationsstruktur der Klinik richtet sich nach der vom Gesellschafter erlassenen Geschäftsordnung einschließlich der dort geregelten Verantwortlichkeiten (Geschäftsordnung, Betriebsleitung, einzelne Betriebsleitungsmitglieder). Auf Basis der beschriebenen Geschäftsordnung wurde von der Betriebsleitung ein Organigramm unter Benennung aller Funktionen erstellt. Dabei findet eine Unterscheidung zwischen disziplinarischer und fachlicher Unterstellung statt. Die Organigramme sind jedem Mitarbeiter zugänglich.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

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

Die Klinikleitung entwickelt jährlich prospektiv einen Finanz- und Investitionsplan. Eine Prioritätenliste enthält sowohl einen Perspektivplan über Bauvorhaben als auch eine Auflistung über erforderliche medizinisch-technische Einrichtungen. Die Prioritätenliste ist ausgerichtet auf die gleichmäßige Erweiterung des medizinischen Leistungsspektrums in allen Abteilungen. Die letztendliche Budgetverantwortung gegenüber dem Gesellschafter liegt beim Geschäftsführer.

5.3 Sicherstellung einer effektiven und effizienten Krankenhausführung

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

5.3.1 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Leitungsgremien und Kommissionen

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

Die Verantwortlichkeiten der Betriebsleitungsmitglieder ist durch die gesellschafterseitig erlassene Geschäftsordnung geregelt. Die Gesamtstruktur der Leitungsgremien und Kommissionen bilden ein Kommunikationsnetzwerk, das die direkte Weitergabe von Informationen untereinander und an die nächste Hierarchieebene sicherstellt. In allen Gremien ist mindestens ein Mitglied der Betriebsleitung vertreten. Effizienz und Effektivität werden durch regelmäßige Zielkontrollen der Betriebsleitungen gewährleistet.

5.3.2 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung

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

Die Arbeitsweise innerhalb der Betriebsleitung ist durch die Geschäftsordnung des Gesellschafters geregelt. Die Koordination der Arbeit erfolgt in regelmäßigen protokollierten Betriebsleitungssitzungen. Der Austausch erfolgt auf der Grundlage von Informationsrecht und -pflicht. Mit Hilfe der verschiedenen Gremien und Kommissionen werden die Aufgabenfelder systematisch und vollständig abgedeckt. Die Protokolle der Sitzungen werden den Betriebsleitungsmitgliedern zeitnah übermittelt.

5.3.3 Information der Krankenhausführung

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

Die Betriebsleitung informiert sich durch ein systematisches Berichtswesen über Projekte, Entwicklungen, betriebswirtschaftliche Kennzahlen, Vorgänge und Abweichungen in den einzelnen Klinikbereichen. Durch regelmäßige Aktualisierung der Kennzahlen und Statusberichten der Projektleiter in kurzen Zeitabständen sind eine Früherkennung von Problembereichen und eine rechtzeitige Intervention durch die Betriebsleitung gewährleistet. Eine Diskussion der Kennzahlen und Statusberichten findet in den entsprechenden Gremien statt.

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

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

Die Mitarbeiter gestalten in einer Vielzahl von Gremien und Arbeitsgruppen aktiv den Klinikalltag mit. Empfehlungen dieser interdisziplinären und berufsübergreifenden Gruppen bilden die Entscheidungsgrundlage der Betriebsleitung. Umfassende Maßnahmen zur Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen wurden geplant, initiiert und umgesetzt (Weihnachtsfeier, Betriebsfest, Karnevalsveranstaltungen, Gesundheitsvorsorge, Infomärkte usw.). Die Beteiligung der Mitarbeiter an diesen Maßnahmen wird gewünscht und gefördert.

5.4 Erfüllung ethischer Aufgaben

Rechte und Ansprüche von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen werden krankenhausesweit respektiert und berücksichtigt.

5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen

Im Krankenhaus werden ethische Problemstellungen systematisch berücksichtigt.

Auf gesellschaftlicher Ebene erfolgte die Einrichtung eines klinischen Ethikkomitees für die 3 Kölner Krankenhäuser. Unter ausgewogener Beteiligung verschiedener Berufsgruppen, der Fachabteilungen und der 3 Betriebsstätten besteht das klinische Ethikkomitee aus 12 Mitgliedern. Alle Mitarbeiter wurden über die Einrichtung, die Aufgabenstellung und die Zusammensetzung des klinischen Ethikkomitees informiert. Jeder Patient, Angehörige oder Mitarbeiter hat die Möglichkeit sich an das klinische Ethikkomitee zu wenden.

5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

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

Entsprechend unserem Leitbild gehört Sterben für uns zum Leben. Wir pflegen einen respektvollen Umgang mit dem Sterbenden und seinen Angehörigen. Eine dem Anlass entsprechende Atmosphäre wird um den Sterbenden herum im Stationsbereich geschaffen. Eine Sterbebegleitung für Patienten und Angehörige wird durch unsere Seelsorger gewährleistet und vom pflegerischen und ärztlichen Personal unterstützt. Die permanente Anwesenheit der Angehörigen, auch über Nacht, wird ermöglicht. Die Mitarbeiter werden durch Fortbildungsmaßnahmen besonders geschult und sensibilisiert.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

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

Der Umgang mit Verstorbenen erfolgt nach einem Standard. Den Angehörigen wird in der Station bzw. im Verabschiedungsraum die Möglichkeit gegeben, sich von dem Verstorbenen zu verabschieden. Die Hinzuziehung eines Seelsorgers der entsprechenden Konfession wird auf Wunsch jederzeit gewährleistet. Bei der Schaffung des entsprechenden Umfeldes wird den religiösen Bedürfnissen des Verstorbenen und seiner Angehörigen Rechnung getragen.

6 Qualitätsmanagement

6.1 Umfassendes Qualitätsmanagement

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

6.1.1 Einbindung aller Krankenhausbereiche in das Qualitätsmanagement

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

Die Umsetzung und Entwicklung eines umfassenden Qualitätsmanagementsystems geschieht auf der Grundlage eines Projektplanes. Ziel ist die kontinuierliche Verbesserung von Klinikstrukturen und -abläufen. Im Jahre 2004 begann die Arbeit am QM-System mit der Ernennung eines QM-Beauftragten, der Festlegung der Steuerungsgruppe und der Erteilung von Arbeitsaufträgen an das QM-Team. Uns ist wichtig, dass alle Mitarbeiter aus allen Bereichen am Aufbau des QM-Systems mitwirken und sich für die Qualität verantwortlich fühlen.

6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

Das Krankenhaus entwickelt, vermittelt und setzt Maßnahmen zur Erreichung von Qualitätszielen um.

Allgemeine Ziele werden von der Geschäftsführung und der Betriebsleitung definiert. Qualitätsziele sind bereits im Leitbild genannt. Diese Ziele orientieren sich an der Patientenversorgung, den gesetzlichen Anforderungen und aus den Anforderungen, die sich aus der KTQ-Selbstbewertung ergeben. Wege zur Zielerreichung werden in berufs- und hierarchieübergreifenden Arbeitsgruppen erarbeitet.

6.2 Qualitätsmanagementsystem

Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Qualitätsmanagement ist Führungsaufgabe. Für den Aufbau, die Weiterentwicklung sowie die Überprüfung des Qualitätsmanagementsystems ist die Stabsstelle Qualitätsmanagementbeauftragter etabliert worden. Zusätzlich wurde zur Erreichung der vorgenannten Aufgaben die Steuerungsgruppe eingerichtet. Sie besteht aus den Mitgliedern der Krankenhausleitung, den Chefarzten und dem Qualitätsmanagementbeauftragten.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

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

Ausgehend vom Leitbild und den wachsenden Anforderungen an Effizienz und Qualität sind Qualitätssicherungsmaßnahmen Gegenstand von Gremien-, Leitungs- und Teamsitzungen. Neben problemorientierten Arbeitsgruppen werden zahlreiche Methoden der Qualitätssicherung angewandt und die Ergebnisse zur Qualitätsverbesserung genutzt. Hierzu gehören neben den regelmäßigen technischen Überprüfungen auch die Erhebungen und Auswertungen von Qualitätsindikatoren wie z. B. Infektions-, Dekubitus- und Sturzstatistiken.

6.3 Sammlung und Analyse qualitätsrelevanter Daten

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

6.3.1 Sammlung qualitätsrelevanter Daten

Über die gesetzlich vorgeschriebene externe Qualitätssicherung hinaus werden qualitätsrelevante Daten systematisch erhoben und analysiert.

Die Klinik beteiligt sich im vollen Umfang an den gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Qualitätsrelevante Daten werden EDV-technisch im laufenden Behandlungsprozess erfasst. Sie bieten Transparenz in der Nachvollziehbarkeit der Patientenbehandlung, der Darstellung betriebswirtschaftlicher Ergebnisse sowie der Beurteilung behandlungsspezifischer und betrieblicher Risiken. Die Ergebnisse werden detailliert ausgewertet und für die Verbesserung der Patientenversorgung genutzt.

6.3.2 Nutzung von Befragungen

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

In der Vergangenheit wurden Patienten-, Mitarbeiter- und Einweiserbefragungen durchgeführt. Die Ergebnisse wurden in einem Gesamtbericht zusammengefasst und spiegelten die Stärken und Verbesserungsbereiche der Klinik wieder. Zurzeit arbeitet die Klinik mit einer kontinuierlichen Patientenbefragung zum Entlasszeitpunkt. Die Ergebnisse werden regelmäßig ausgewertet und an die Betriebsleitung weitergeleitet. Diese leitet hieraus Verbesserungsmaßnahmen ab und setzt diese um.

6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

Die Wünsche und Beschwerden unserer Patienten und deren Angehörigen nehmen wir ernst und berücksichtigen diese. Alle Mitarbeiter sind angehalten, diese anzunehmen und vor Ort zu lösen. Ist dies nicht möglich, werden die Beschwerden oder Wünsche an den nächsten Vorgesetzten weitergeleitet. Den Patienten und deren Angehörigen stehen für ihre Wünsche und Beschwerden aus die Mitarbeiter der katholischen Krankenhaushilfe sowie der Patientenfürsprecher zur Verfügung. Jede Beschwerde wird bearbeitet und der Patient erhält zeitnah eine Rückmeldung.

6.4 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Die Daten der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V werden systematisch erhoben und die Auswertungen zu qualitätsverbessernden Maßnahmen genutzt.

6.4.1 Beteiligung an der externen Qualitätssicherung

Das Krankenhaus beteiligt sich an den gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung.

An den vorgeschriebenen externen Qualitätssicherungsmaßnahmen nehmen die angesprochenen Abteilungen innerhalb unserer Klinik teil. Ziel ist die vollständige und inhaltliche korrekte Übermittlung der Daten. Verantwortlich für das korrekte Ausfüllen der Qualitätssicherungsbogen ist der behandelnde Arzt. Für die Überprüfung der Dokumentation und den zeitgerechten Datenexport ist der QS-Beauftragte der jeweiligen Abteilung verantwortlich. Die Dokumentationsrate in unserer Klinik liegt bei 100%.

6.4.2 Umgang mit den Ergebnissen der externen Qualitätssicherung

Das Krankenhaus analysiert systematisch die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung und legt ggf. notwendige Konsequenzen fest.

Ziel der Nutzung der Ergebnisse der externen Qualitätssicherung ist der Vergleich mit den Kennzahlen des Landes- und Bundesdurchschnittes und die systematische Verbesserung der Patientenversorgung. Abweichungen werden durch Einzelfallbetrachtungen analysiert und mit den verantwortlichen Ärzten sowie im strukturierten Dialog mit der BQS bewertet.